

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT DEPRESI DENGAN GANGGUAN TIDUR (*insomnia*) PADA
LANSIA DI PANTI JOMPO KOTA MALANG**

PROPOSAL TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran Umum



Oleh:

RIZKY HERNA PUTRA

NIM: 155070107111001

PROGRAM STUDI KEDOKTERAN

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2019

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan	ii
Pernyataan Keaslian Tulisan	iii
Kata Pengantar.....	iv
Abstrak	vii
Daftar Isi	xi
Daftar Tabel	xv
Daftar Gambar	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan	4
1.3.1 Tujuan Umum.....	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.4.2 Manfaat Praktis	5

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lanjut Usia	6
2.1.1 Definisi Lanjut Usia.....	6

2.1.2 Batasan Lanjut Usia	6
2.1.2 Masalah-masalah Pada Lanjut Usia	7
2.2 Depresi	13
2.2.1 Definisi Depresi	13
2.2.2 Penyebab Depresi.....	14
2.2.3 Gejala Depresi.....	17
2.2.4 Klasifikasi Depresi	17
2.2.5 Faktro Resiko Depresi	18
2.2.6 Diagnosis Depresi	20
2.2.7 Derajat Depresi	20
2.2.8 Penilaian Depresi	21
2.3 Insomnia	22
2.2.1 Definisi Insomnia	22
2.2.2 Penyebab Insomnia.....	23
2.2.3 Klasifikasi Insomnia	23
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Insomnia.....	25
2.2.5 Gejala Insomnia	26
2.2.6 Dampak Insomnia	27
2.2.7 Penilaian Insomnia	28

BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian	29
3.2 Keterangan Kerangka Konsep	30
3.3 Hipotesis Penelitian.....	30

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian	31
--------------------------------	----

4.2 Populasi dan Sampel	31
4.2.1 Populasi Penelitian	31
4.2.2 Sampel Penelitian	31
4.3 Variabel Penelitian	32
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	32
4.5 Bahan dan Alat / Instrumen Penelitian	33
4.5.1 Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen	36
4.6 Definisi Operasional	38
4.7 Prosedur Penelitian/Pengumpulan Data.....	39
4.8 Analisis Data	39
4.9 Jadwal Kegiatan.....	40
4.10 Kelaikan Etik	40

BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Deskripsi Data Penelitian	41
5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian	41
5.1.2 Panti Jompo Al-Islah	41
5.1.3 Panti Jompo Griya Kasih Siloam	42
5.2 Gambaran Umum Responden.....	43
5.3 Analisis Deskriptif	44
5.3.1 Tingkat Depresi	44
5.3.2 Gangguan Tidur	44
5.3.3 Gejala Responden Insomnia	45
5.4 Tabulasi Silang.....	46
5.4.1 Tabulasi Silang Usia dengan Tingkat Depresi	46
5.4.2 Tabulasi Silang Usia dengan Gangguan Tidur	46

5.4.3 Tabulasi Silang Depresi dengan Gangguan Tidur	47
5.5 Analisis Hubungan Antara Depresi dengan Gangguan Tidur.....	48
BAB 6 PEMBAHASAN	50
6.1 Karakteristik Responden Penelitian.....	50
6.2 Kejadian Insomnia Pada Lansia	51
6.3 Kejadian Depresi Pada Lansia	52
6.4 Hubungan Insomnia dengan Depresi pada Lansia	53
6.5 Pengujian Chi-Square Antara Depresi dan Gangguan Tidur	53
6.6 Implikasi Terhadap Bidang Kedokteran.....	54
6.7 Keterbatasan Penelitian	55
BAB 7 PENUTUP	56
7.1 Kesimpulan	56
7.2 Saran	56
DAFTAR PUSTAKA.....	58
LAMPIRAN	61

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Penggolongan depresi menurut ICD-10	21
Tabel 4.1 : Interpretasi Hasil Kuisiomer Depresi	33
Tabel 4.2 : Pertanyaan Kuisiomer Depresi	34
Tabel 4.3 : Pertanyaan Kuisiomer Insomnia	35
Table 4.4 : Validitas Instrumen	37
Table 4.5 : Reliabilitas Instrumen	38
Tabel 4.6 : Definisi Operasional.....	38
Tabel 4.7 : Jadwal Kegiatan.....	40
Tabel 5.1 : Karakteristik Responden	43
Tabel 5.2 Frekuensi Tingkatan Kejadian Depresi.....	44
Tabel 5.3 : Frekuensi Gangguan Tidur.....	44
Tabel 5.4 : Gejala yang Dialami Responden Insomnia.....	45
Tabel 5.5 : Tabulasi Silang Usia dengan Tingkat Depresi	46
Tabel 5.6 : Tabulasi Silang Usia dengan Gangguan Tidur	46
Tabel 5.7 : Tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Gangguan Tidur.....	47

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 : Skema Kerangka Konsep Penelitian.....	29
Gambar 5.1 : Grafik <i>scatter-plot</i>	49

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Pengujian Instrumen Penelitian.....	61
Lampiran 2. Analisis Tabulasi Silang	63
Lampiran 3. Analisis Chi-Square.....	64
Lampiran 4. Hasil Kuisiomer Depresi dan Insomnia di Griya Kasih Siloam	65
Lampiran 5. Hasil Kuisiomer Depresi dan Insomnia di Al-Islah	67
Lampiran 6. Lembar Kuisiomer Depresi	69
Lampiran 7. Lembar Kuisiomer Insomnia.....	70
Lampiran 8. <i>Inform Consent</i>	72
Lampiran 9. Kelaikan Etik	74
Lampiran 10. Surat Melakukan Penelitian.....	75
Lampiran 11. Foto Penelitian	77

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR


Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Gangguan Tidur (Insomnia) Pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang

Oleh :

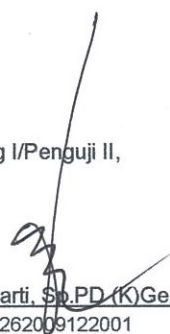
Rizky Herna Putra
NIM.155070107111001

Telah diuji pada
Hari : Kamis
Tanggal : 7 Februari 2019
dan dinyatakan lulus oleh :

Penguji


dr. M. Anshory, Sp.PD
NIP.

Pembimbing I/Penguji II,


dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger
NIP. 197411262009122001

Pembimbing II/Penguji III,


Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes
NIP. 197310222003122002

Mengetahui,
Ketua Program Studi Pendidikan Dokter


dr. Tiwahitu Astuti, Sp.PK(K)
NIP. 196310221996012001

ABSTRAK

Putra, Rizky H . 2019. **Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Gangguan Tidur (Insomnia) Pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang**. Tugas Akhir, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya . Pembimbing : (1) dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger. (2) Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes.

Jumlah angka lansia di Indonesia setiap tahun semakin meningkat. Adanya peningkatan jumlah lansia bisa diartikan sebagai bertambahnya angka harapan hidup pada lansia itu sendiri. Pada tahun 2015, Indonesia menduduki peringkat ke-4 dunia dalam hal jumlah penduduk dengan angka sekitar 248 juta jiwa. Jumlah lansia telah mencapai 19 juta orang dengan usia harapan hidup rata-rata 72 tahun pada tahun 2010, bahkan ada yang mencapai 80 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa status kesehatan dan kesejahteraan penduduk pada umumnya meningkat, termasuk para lansia. Seiring meningkatnya jumlah lanjut usia di Indonesia setiap tahunnya, maka semakin meningkat pula risiko penyakit yang terjadi pada lanjut usia. Salah satunya adalah gangguan mental seperti depresi. Depresi merupakan salah satu penyebab terjadinya insomnia pada lanjut usia. Kejadian depresi dapat menyebabkan seseorang menjadi sedih dan susah tidur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dan gangguan tidur (insomnia) pada lansia di Panti Jompo Kota Malang. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan Cross Sectional dengan 44 responden yang memenuhi kriteria inklusi, dengan teknik penelitian menggunakan Total Sampling. Responden mengisi kuisioner GDS (*Geriatric Depression Scale*) untuk mengukur tingkat depresi dan IRT (*Insomnia Rating Scale*) untuk mengukur tingkat insomnia. Metode pengumpulan data dengan lembar kuisioner dan analisis data dengan uji kai kuadrat (*chi-square*) dengan koefisien kontingensi yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua

variabel dimana variabel X dan variabel Y, dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$). Uji *chi-square* menunjukkan nilai p value < 0,05 yaitu sebesar 0,038 yang mempunyai nilai signifikan. Yang mengindikasikan adanya hubungan antara depresi dengan insomnia pada lanjut usia di panti jompo kota malang. Dapat disimpulkan terdapat hubungan antara depresi dan insomnia pada lansia di panti jompo kota malang, hubungan keduanya memiliki kekuatan yang signifikan.

Kata kunci: Depresi, Insomnia, Lansia

ABSTRACT

Putra, Rizky H. 2019. **Relationship Between Level of Depression with Sleep Disorders (Insomnia) In Elderly at Panti Jompo Kota Malang**. Final Project , Medical Education Study Program , Faculty of Medicine , Brawijaya University . Supervisor : (1) dr. Sri Soenarti, Sp.PD (K)Ger. (2) Dr. dr. Tita Hariyanti, M.Kes.

Every year the number of elderly in Indonesia is increasing, Increasing number of elderly can be interpreted as increasing life expectancy in the elderly themselves. In 2015, Indonesia was ranked 4th in the world in terms of population that are around 248 million lives. The number of elderly people has reached 19 million with an average life expectancy of 72 years in 2010, some even reach 80 years. This shows that the health status and welfare of the population in general is increasing, including the elderly. Along with the increasing number of elderly in Indonesia annually, the risk of diseases are also increasing among elderly. One of them is mental disorders such as depression. Depression is one of the causes of insomnia in the elderly. Depression can cause a person to become sad and have trouble sleeping. This study aims to determine the relationship between the level of depression and sleep disorders (insomnia) in the elderly in Malang Nursing Home. The method used in this study was descriptive study using the Cross Sectional with 44 respondents who met the inclusion criteria and using Total Sampling. Respondents filled out the GDS (Geriatric Depression Scale) questionnaire to measure depression levels and IRS (Insomnia Rating Scale) to measure insomnia levels. Methods of data collection with questionnaire and data analysis with chi square test and contingency coefficients used to find the relationship between variables X and Y with a confidence level of 95% ($\alpha = 0.05$). The chi-square test shows the value of p value <0.05 which is equal to 0.038 which has a significant value. Which indicates an association between depression and insomnia in the

elderly at the Malang nursing home. It can be concluded that there is a relationship between depression and insomnia in the elderly at Malang City Nursing Home, the relationship between them has a significant strength.

Keywords: Depression, Insomnia, Elderly

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Pada tahun 2015, jumlah penduduk Indonesia diperkirakan akan mencapai angka sekitar 248 juta jiwa. Dengan jumlah penduduk sebesar ini, Indonesia menduduki peringkat ke-4 dunia setelah Cina, India dan Amerika Serikat. Jumlah penduduk lanjut usia (60 tahun ke atas) di Indonesia pada tahun 2005, jumlah penduduk lansia Indonesia mencapai 16,80 juta orang (7,78% dari total penduduk). Angka ini naik menjadi 18,96 juta orang pada tahun 2007, dan menjadi 19,32 juta orang pada tahun 2009 artinya jumlah lansia adalah 8,37% dari total seluruh penduduk Indonesia. (Komnaslansia, 2010). Jumlah lansia telah mencapai 19 juta orang dengan usia harapan hidup rata-rata 72 tahun pada tahun 2010, bahkan ada yang mencapai 80 tahun (Kemensos, 2012). Menurut Badan Pusat Statistik, pada tahun 2020 perkiraan lanjut usia di Indonesia akan berjumlah 28,8 juta atau 11,34% dari jumlah penduduk Indonesia (Kemensos, 2012). Pada dekade-dekade mendatang, jumlah dan presentase lansia akan tumbuh berlipat ganda. Adanya peningkatan jumlah lansia diartikan sebagai bertambahnya harapan hidup lansia. Hal ini mengindikasikan bahwa status kesehatan dan kesejahteraan penduduk pada umumnya meningkat, termasuk para lansia.

Bertambahnya jumlah lansia, ironisnya jumlah lansia yang terlantar di Indonesia Juga meningkat. Data tahun 2012 menunjukkan jumlah lansia terlantar dan berisiko tinggi di Indonesia adalah 3.274.100 dan 5.102.800 orang. Lanjut usia yang menjadi gelandangan dan pengemis adalah 9.259 orang dan mengalami tindak kekerasan 10.511 orang (Suara Merdeka, 2012). Saat ini

sudah banyak berdiri panti jompo yang bertujuan untuk menampung lansia yang terlantar. Lansia yang tinggal di panti diberikan kebutuhan sandang, pangan, dan papan. Namun, kehidupan di panti berbeda dengan kehidupan di tengah keluarga. Kehilangan dukungan sosial dan emosional akibat dilembagakan (tinggal di panti) cenderung menimbulkan depresi pada lansia (Karthryn, 2009)

Depresi adalah suatu perasaan sedih dan pesimis yang berhubungan dengan penderitaan, dapat berupa serangan yang ditujukan pada diri sendiri atau perasaan marah yang dalam (Nugroho, 2000). Depresi yang sering dijumpai pada lansia adalah depresi mayor menurut kriteria standar *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (American Psychiatric Association, 1994). Depresi mayor ini berupa sekumpulan sindrom yang menggambarkan seseorang mempunyai gejala depresi (Alexopoulus, 2005). Gejala depresi yang termasuk ke dalam gejala afektif berupa jiwa yang tertekan, kesedihan, menangis; gejala kognitif seperti berfikir mengenai ketidakberdayaan, keputusasaan, tidak berharga, bunuh diri, kehilangan minat dan kesenangan dalam beraktivitas; dan gejala somatik seperti tidak bersemangat, kehilangan nafsu makan, gangguan pola tidur, dan kelelahan (Tsu, 2009).

Depresi merupakan masalah kejiwaan yang seringkali menyerang Lansia dimana Lansia merasa tidak berdaya dan kehilangan harapan hidup. Dengan semakin meningkatnya jumlah Lansia di Indonesia yang diprediksi mencapai 414% pada tahun 2025, maka ada kemungkinan banyak Lansia yang dapat menjadi depresi juga (Anonymous, 2009). Adapun prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di panti perawatan dan RS sebesar 30-45% dari jumlah lansia di Indonesia (Evy, 2008).

Kondisi lain yang sering ditemui pada Lansia yaitu insomnia. Lebih dari 50% Lansia mengeluhkesulitan tidur malam. Angka-angka inicenderung semakin bertambah untuk masa-masa mendatang yang disebabkan karena usia harapan hidup semakin bertambah, stressor psikososial semakin berat, dan berbagai penyakit kronik yang semakin bertambah pada Lansia (Nugroho, 2000). Lansia yang mengalami insomnia cenderung lebih mudah untuk menderita depresi, dan mungkin juga sebaliknya. Selain itu akan timbul suatu penyakit, menurunkan kemampuan dalam memenuhi tugas harian, dan kurang menikmati aktivitas hidup. Hal tersebut akan mempengaruhi kehidupan Lansia sehari-hari yang mengarah pada keadaan hilangnya perhatian terhadap keadaan sekelilingnya, sehingga sedikit banyak akan memberi dampak pada kualitas hidup, produktivitas dan keselamatan (Kembuan, 2009).

Insomnia disebabkan oleh beberapa faktor yaitu psikologis dan biologis, penggunaan obat-obatan dan alkohol, lingkungan yang mengganggu serta kebiasaan buruk, juga dapat menyebabkan Insomnia. Faktor psikologis memegang peranan utama terhadap kecenderungan insomnia, biasanya insomnia disebabkan oleh stres, perubahan hormon, dan kelainan-kelainan kronis. Insomnia yang terjadi dalam tiga malam atau lebih dalam seminggu dalam jangka waktu sebulan termasuk insomnia kronis, salah satu penyebab insomnia kronis adalah depresi (Carpenito, 2000). Stres psikososial yang dialami lansia dapat mengakibatkan kegelisahan yang mendalam, penurunan kondisi fisik, kemarahan yang tak terkendali, bahkan dapat mengakibatkan perasaan depresi.

Dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan , *mood*, depresi, sering terjatuh, dan penurunan kualitas hidup. dari uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti “Hubungan Antara Tingkat

Depresi Dengan Gangguan Tidur (*Insomnia*) Pada Lanjut Usia di Panti Jompo Kota Malang”.

1.2 Rumusan Masalah

1. Apakah terdapat hubungan antara depresi dengan gangguan tidur (*insomnia*) pada lansia di panti jompo kota malang ?
2. Apakah dengan status depresi yang buruk akan menimbulkan gangguan tidur (*insomnia*) pada lansia di panti jompo kota malang ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur (*Insomnia*) pada lanjut usia di panti jompo kota malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lansia di panti jompo kota malang
2. Mengidentifikasi tingkat *insomnia* pada lansia di panti jompo kota malang
3. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur (*Insomnia*) pada lansia di panti jompo kota malang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini memberikan informasi tentang hubungan tingkat depresi pada lansia dengan gangguan tidur (*Insomnia*) demi peningkatan kualitas hidup lansia *insomnia* terkait dan pengembangan ilmu kedokteran dan penelitian selanjutnya.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi panti jompo dan lanjut usia yang terkait dengan penelitian

1. Mengetahui masalah depresi dan hubungannya dengan *Insomnia*
2. Mengatasi masalah depresi dan hubungannya dengan *Insomnia* dengan cara memberi edukasi terkait depresi dan *insomnia*

b. Bagi profesi kedokteran

Penelitian ini memberikan sumbangan pemikiran tentang hubungan tingkat depresi dengan gangguan tidur (*Insomnia*) pada lanjut usia dan menjadi pertimbangan dalam melakukan penyuluhan, peningkatan kualitas hidup dan manajemen terhadap lansia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lanjut Usia

2.1.1 Definisi Lanjut Usia

Usia tua adalah suatu periode pada masa akhir dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah “beranjak jauh” dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan, atau beranjak dari waktu yang penuh manfaat (Hurlock, 2003). Menjadi tua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri atau mengganti dan mempertahankan fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap infeksi dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Nugroho, 2000). Sedangkan permasalahan psikologis menurut Munandar (2001) muncul bila lansia tidak berhasil menemukan jalan keluar masalah yang timbul sebagai akibat dari proses menua, seperti rasa tersisih, tidak dibutuhkan lagi, ketidakikhlasan menerima kenyataan seperti penyakit yang tidak kunjung sembuh, dan kematian pasangan. Menua bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu masa atau tahap hidup manusia yang dimulai dari bayi, kanak-kanak, dewasa, tua dan lanjut usia (Nugroho, 2000).

2.1.2 Batasan Lanjut Usia

Beberapa ahli menyimpulkan bahwa yang disebut lanjut usia adalah orang yang berumur 60 tahun keatas. Menurut Undang-Undang No. 13 tahun (1998), lansia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun keatas. Batasan usia menurut WHO (dalam Ismayadi, 2004) sebagai berikut:

- a. Usia pertengahan (*middle age*), kelompok usia 45 sampai 59 tahun

- b. Lanjut usia (*elderly*), antara 60 sampai 74 tahun
- c. Lanjut usia tua (*old*), antara 75 sampai 90 tahun
- d. Usia sangat tua (*very old*), diatas 90 tahun

Menurut UU No. 4 tahun 1965 pasal 1 dinyatakan sebagai berikut:
 “Seseorang dapat dinyatakan sebagai seorang jompo atau lanjut usia setelah yang bersangkutan mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain”.

2.1.3 Masalah-masalah Pada Lanjut Usia

Masalah kesehatan yang sering terjadi pada lansia berbeda dari orang dewasa, yang menurut Kane dan Ouslander (1999) sering disebut dengan istilah 14 I, yaitu :

- a. *Immobility* (kurang bergerak)

Kurang bergerak yaitu gangguan fisik, jiwa, dan faktor lingkungan dapat menyebabkan lansia kurang bergerak. Penyebab yang paling sering adalah gangguan tulang, sendi dan otot, gangguan saraf, penyakit jantung, dan pembuluh darah.

- b. *Instability* (berdiri dan berjalan tidak stabil atau mudah jatuh)

Instabilitas adalah penyebab terjatuh pada lansia dapat berupa faktor intrinsik (hal-hal yang berkaitan dengan keadaan tubuh penderita) baik karena proses menua, penyakit maupun faktor ekstrinsik (hal-hal yang berasal dari luar tubuh) seperti obat-obat tertentu dan faktor lingkungan. Akibat yang paling sering dari terjatuh pada lansia adalah kerusakan bagian tertentu dari tubuh mengakibatkan rasa sakit, patah tulang, cedera pada kepala, luka bakar karena air panas akibat

terjatuh ke dalam tempat mandi. Terjatuh menyebabkan lansia tersebut sangat membatasi pergerakannya. Sebagian lansia yang terjatuh tidak sampai menyebabkan kematian atau gangguan fisik yang berat, tetapi kejadian ini haruslah dianggap bukan merupakan peristiwa yang ringan. Terjatuh pada lansia dapat menyebabkan gangguan psikologik berupa hilangnya harga diri dan perasaan takut akan terjatuh lagi, sehingga untuk selanjutnya lansia tersebut menjadi takut berjalan untuk melindungi dirinya dari bahaya terjatuh.

c. Incontinence (buang air kecil dan atau buang air besar)

Buang air kecil (BAK) merupakan salah satu masalah yang sering terjadi pada lansia, dengan keluarnya air seni tanpa disadari. Hal ini cukup mengakibatkan masalah kesehatan atau sosial. BAK merupakan masalah yang seringkali dianggap wajar dan normal pada lansia, walaupun sebenarnya hal ini tidak dikehendaki terjadi baik oleh lansia tersebut maupun keluarganya. Akibatnya timbul berbagai masalah, baik masalah kesehatan maupun sosial, yang semuanya akan memperburuk kualitas hidup dari lansia tersebut. Lansia dengan BAK sering mengurangi minum dengan harapan untuk mengurangi keluhan tersebut, sehingga dapat menyebabkan lansia kekurangan cairan dan berkurangnya kemampuan kandung kemih. BAK sering pula disertai dengan buang air besar (BAB), yang justru akan memperberat keluhan BAK tadi.

d. Intellectual impairment (gangguan intelektual/demensia)

Gangguan intelektual merupakan kumpulan gejala klinik yang meliputi gangguan fungsi intelektual dan ingatan yang cukup berat, sehingga menyebabkan terganggunya aktivitas kehidupan sehari-hari. Kejadian ini meningkat dengan cepat mulai usia 60 sampai 85 tahun atau lebih, yaitu kurang dari 5% lansia yang berusia 60-74 tahun mengalami demensia (kepikunan berat),

sedangkan pada usia setelah 85 tahun kejadian ini meningkat mendekati 50%. Salah satu hal yang dapat menyebabkan gangguan interlektual adalah depresi, sehingga perlu dibedakan dengan gangguan intelektual lainnya.

e. Infection (infeksi)

Infeksi merupakan salah satu masalah kesehatan yang penting pada lansia, karena selain sering ditemukan, juga gejala tidak khas bahkan asimtomatik yang menyebabkan keterlambatan di dalam diagnosis dan pengobatan serta risiko menjadi fatal meningkat. Beberapa faktor risiko yang menyebabkan lansia mudah mendapat penyakit infeksi karena kekurangan gizi, kekebalan tubuh yang menurun, berkurangnya fungsi berbagai organ tubuh, terdapatnya beberapa penyakit sekaligus (komorbiditas) yang menyebabkan daya tahan tubuh yang sangat berkurang. Faktor lingkungan, jumlah, dan keganasan kuman akan mempermudah tubuh mengalami infeksi.

f. Impairment of vision and hearing, taste, smell, communication, convelescense, skin integrity (gangguan pancaindera, komunikasi, penyembuhan, dan kulit)

Gangguan pancaindera, komunikasi, penyembuhan, dan kulit akibat dari proses menua semua panca indera fungsinya berkurang, serta gangguan pada otak, saraf dan otot-otot yang digunakan untuk berbicara dapat menyebabkan terganggunya komunikasi, sedangkan kulit menjadi lebih kering, rapuh dan mudah rusak dengan trauma yang minimal.

g. Impaction (sulit buang air besar)

Sulit buang air besar (konstipasi) beberapa faktor yang mempermudah terjadinya konstipasi, seperti kurangnya gerakan fisik, asupan makanan yang

kurang mengandung serat, kurang minum, akibat pemberian obat-obat tertentu, dan lain-lain. Akibat dari beberapa faktor tersebut menyebabkan pengosongan isi usus menjadi sulit terjadi atau isi usus menjadi tertahan. Pada konstipasi, kotoran di dalam usus menjadi keras dan kering, dan pada keadaan yang berat dapat terjadi akibat yang lebih berat berupa penyumbatan pada usus disertai rasa sakit pada daerah perut.

h. Isolation (Depresi)

Depresi merupakan suatu keadaan yang menekan, berbahaya, dan memerlukan perawatan aktif yang dini. Depresi didefinisikan sebagai suatu afek distoria, atau kehilangan minat atau kesenangan terhadap semua atau sebagian aktifitas maupun kegiatan yang lazim dilakukan. Bertambahnya penyakit dan berkurangnya kemandirian sosial serta perubahan-perubahan akibat proses menua menjadi salah satu pemicu munculnya depresi pada lansia. Gejala depresi sering sekali menyertai penderita dengan penyakit-penyakit gangguan fisik, yang tidak dapat diketahui ataupun terpikirkan sebelumnya, karena gejala-gejala depresi yang muncul sering kali dianggap sebagai suatu bagian dari proses menua yang normal ataupun tidak khas.

Gejala-gejala depresi dapat berupa perasaan sedih, tidak bahagia, sering menangis, merasa kesepian, tidur terganggu, pikiran dan gerakan tubuh lamban, cepat lelah dan menurunnya aktivitas, tidak ada selera makan, berat badan berkurang, daya ingat berkurang, sulit untuk memusatkan pikiran dan perhatian, kurangnya minat, hilangnya kesenangan yang biasanya dinikmati, menyusahkan orang lain, merasa rendah diri, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, merasa bersalah dan tidak berguna, tidak ingin hidup lagi bahkan mau bunuh diri, dan gejala-gejala fisik lainnya. Lanjut usia sering timbul depresi

terselubung, yaitu yang menonjol hanya gangguan fisik saja seperti sakit kepala, jantung berdebar-debar, nyeri pinggang, gangguan pencernaan dan lain-lain, sedangkan gangguan jiwa tidak jelas.

i. Inanition (kurang gizi)

Kurang gizi pada lansia dapat disebabkan perubahan lingkungan maupun kondisi kesehatan. Faktor lingkungan dapat berupa ketidaktahuan untuk memilih makanan yang bergizi, isolasi sosial (terasing dari masyarakat) terutama karena gangguan pancaindera, kemiskinan, hidup seorang diri yang terutama terjadi pada pria yang sangat tua dan baru kehilangan pasangan hidup, sedangkan faktor kondisi kesehatan berupa penyakit fisik, mental, gangguan tidur, alkoholis, dan obat-obatan

j. Impecunity (tidak memiliki uang)

Tidak memiliki uang dengan semakin bertambahnya usia, maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara perlahan-lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjakan atau menyelesaikan pekerjaannya sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Syarat agar dapat menikmati masa tua yang bahagia kelak diperlukan paling sedikit tiga syarat, yaitu memiliki uang yang diperlukan yang paling sedikit dapat memenuhi kebutuhan hidup sehari-hari, memiliki tempat tinggal yang layak, mempunyai peranan di dalam menjalani masa tuanya.

k. Iatrogenesis (menderita penyakit akibat obat-obatan)

Penyakit akibat obat-obatan merupakan salah satu yang sering didapati pada lansia adalah menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang lebih banyak. Sebagian lansia sering menggunakan obat dalam jangka waktu

yang lama tanpa pengawasan dokter dapat menyebabkan timbulnya penyakit akibat pemakaian obat-obat yang digunakan

l. Insomnia (gangguan tidur)

Gangguan tidur merupakan keadaan seseorang tidak bisa tidur dalam waktu yang cukup. Dua proses normal yang paling penting di dalam kehidupan manusia adalah makan dan tidur. Sehingga keduanya sangat penting dan sangat rutin, tetapi manusia sering melupakan akan proses itu dan baru setelah adanya gangguan pada kedua proses tersebut. Jadi dalam keadaan normal (sehat), maka pada umumnya manusia dapat menikmati makan enak dan tidur nyenyak. Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh para lansia, yakni sulit untuk masuk dalam proses tidur. Stadium dari tidurnya tidak dalam dan mudah terbangun, tidurnya memiliki banyak mimpi, jika terbangun sulit untuk tertidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun dipagi hari.

m. Immune deficiency (daya tahan tubuh yang menurun)

Daya tahan tubuh yang menurun pada lansia merupakan salah satu fungsi tubuh yang terganggu dengan bertambahnya umur seseorang walaupun tidak selamanya hal ini disebabkan oleh proses menua, dapat pula karena berbagai keadaan seperti penyakit yang sudah lama diderita (menahun) maupun penyakit yang baru saja diderita (akut) dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh seseorang. Penggunaan berbagai obat, keadaan gizi yang kurang, penurunan fungsi organ-organ tubuh, dan lain-lain dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh.

n. Impotence (impotensi)

Impotensi merupakan ketidakmampuan untuk mencapai dan mempertahankan ereksi yang cukup untuk melakukan senggama yang memuaskan yang terjadi paling sedikit 3 bulan. Menurut Massachusetts Male Aging Study (MMAS), bahwa penelitian yang dilakukan pada pria usia 40-70 tahun yang diwawancarai ternyata 52 % menderita disfungsi ereksi, yang terdiri dari disfungsi ereksi total 10 %, disfungsi ereksi sedang 25 % dan minimal 17 %. Penyebab disfungsi ereksi pada lansia adalah hambatan aliran darah ke dalam alat kelamin sebagai adanya kekakuan pada dinding pembuluh darah (arteriosklerosis) baik karena proses menua maupun penyakit, dan berkurangnya sel-sel otot polos yang terdapat pada alat kelamin, serta berkurangnya kepekaan dari alat kelamin pria terhadap rangsangan.

Masalah kesehatan utama tersebut diatas yang sering terjadi pada lansia perlu dikenal dan dimengerti oleh siapa saja yang banyak berhubungan dengan perawatan lansia agar dapat memberikan perawatan untuk mencapai derajat kesehatan yang seoptimal mungkin (Siburian, 2007).

2.2 Depresi

2.2.1 Definisi Depresi

Institut Kesehatan Nasional Amerika pada *Consensus Development Panel* yang dilakukan tahun 1992, mendefinisikan depresi sebagai sekumpulan sindrom yang dimanifestasikan pada perubahan afektif, kognitif dan somatik (Zauszniewski & Wykle, 2006). Depresi adalah perpanjangan kesedihan dan duka yang abnormal (Stuart & Laraia, 2005). Para gerontologis telah mengembangkan teori untuk menjelaskan fenomena depresi pada lansia, mereka menemukan terminologi terbaru untuk depresi ini yakni depresi akhir kehidupan (*late life depression*) (Miller,

2004). Jadi, depresi merupakan gangguan suasana hati yang berkepanjangan yang mengakibatkan perubahan baik pada kognitif, afektif maupun somatik pada individu.

Menurut *National Institute of Mental Health* (2010). Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Gangguan ini biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi dapat juga berkelanjutan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari.

Menurut WHO, depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan mood, kehilangan minat terhadap sesuatu, perasaan bersalah, gangguan tidur atau nafsu makan, kehilangan energi, dan penurunan konsentrasi (World Health Organization, 2010).

2.2.2 Penyebab Depresi

Banyak faktor yang menyebabkan lansia mengalami depresi diantaranya yaitu, faktor biologis, psikologis dan sosial. Terjadinya depresi pada lansia merupakan hasil interaksi dari berbagai faktor tersebut. Pada faktor sosial, berkurangnya interaksi sosial, kesepian, berkebung, kesedihan dan kemiskinan. Faktor psikologik dapat berupa rasa rendah diri, kurang rasa keakraban dan menderita penyakit fisik, sedangkan faktor biologi hilangnya sejumlah neurotransmitter di otak, resiko genetik maupun adanya penyakit fisik. Ada penjelasan teori yang menjadi penyebab depresi, sebagai berikut:

1. Teori Biologis

Teori Biologis memeriksa hubungan antara penuaan, depresi, dan perubahan pada otak, sistem syaraf dan sistem neuroendokrin. Banyak teori yang ditujukan pada peran neurotransmitter, dengan menekankan pada serotonin, dopamin, asetilkolin dan norepinefrin sebagai faktor yang berkontribusi. Ketika peningkatan level kortisol plasma, perubahan sekresi hormon pertumbuhan,

perubahan hormon tiroid dalam berespon, peningkatan aktivitas hipotalamus, pituitari dan ginjal mampu menjadi hubungan penyebab terjadinya depresi. Kesimpulan dari para peneliti tentang hubungan ini masih belum jelas. Meskipun begitu, tidak ada bantahan terhadap bukti-bukti bahwa “gangguan depresi yang lebih berat terlebih lagi terjadi karena dipengaruhi oleh perubahan psikobiologi.”

2. Teori Psikologis

Teori ini masih memakai teori yang dikemukakan oleh Freud pada tahun 1917 bahwa inti dari depresi adalah kemarahan yang berbalik pada diri sendiri, membenci diri dan menyalahkan diri sendiri (Frisch & Frisch, 1998). Pengalaman masa kecil yang tidak bahagia, saat seorang anak kehilangan kasih sayang dari orang tua atau orang yang semestinya mencintainya baik karena kegagalan peran orang tua dalam mendidik dan memelihara anaknya ataupun karena kehilangan sosok orang tua (Santrock, 2005). Seorang anak akan merasa kecewa, dicampakkan, diabaikan dan kehilangan karena tidak ada tempat bergantung dan persetujuan dalam memutuskan hal-hal yang terjadi dalam kehidupan anak tersebut (Santrock). Akhirnya rasa kecewa itu berbalik pada dirinya menjadikan dia marah, benci dan menyalahkan diri sendiri dan berakhir pada depresi (Smith, *et al*, 2003). Teori psikoanalitik ini memberi kesan bahwa depresi berkaitan dengan adanya permasalahan pada pengalaman masa kecil yang belum terselesaikan (Pastorino & Portillo, 2006). Dan teori ini dinilai sebagai reaksi pada suatu kehilangan (Smith, *et al*, 2003).

Hal ini dapat pula dialami oleh lansia, faktor-faktor yang berpotensi menyebabkan depresi pada lansia, yaitu, *ageisme*, kehilangan peran sosial, status ekonomi sosial yang rendah, pernah mengalami depresi sebelumnya, trauma masa kecil dan kemiskinan, jaringan sosial yang tidak adekuat misalnya sudah janda/duda, punya sedikit teman, dan punya sedikit kerabat dan keluarga, berkurangnya interaksi sosial, integrasi sosial yang buruk, lingkungan yang tidak

stabil, ketidakbebasan dalam menganut suatu keyakinan dan kombinasi dari faktor-faktor di atas (Blazer, 2002).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Hoeksema dan Nolen pada tahun 1995 dan 2000, dalam Santrock tahun 2005 bahwa koping yang dimiliki oleh sebagian individu yang depresi karena keadaan di atas dengan merenungkan depresi yang dialami. Individu tersebut hanya berfokus tentang perasaan depresi itu tanpa memikirkan jalan keluar untuk keluar dari keadaan depresi tersebut (Santrock). Hal ini akan menjadikan mereka tetap berada dalam situasi depresi. Teori ini disebut *learned helplessness* yang dikemukakan oleh Martin Seligman. Teori ini menerangkan ketidakberdayaan seseorang ketika mengalami stres yang berkepanjangan dimana dia tidak bisa lagi mengontrol keadaan tersebut yang menyebabkan individu menjadi pasrah (menyerah) dan depresi (Santrock).

3. Teori Triase Kognitif

Teori triase kognitif merupakan jalan untuk menjelaskan depresi secara umum, dan depresi pada lanjut usia secara khusus. Teori ini menjadi patokan untuk menilai diri seseorang dari gambaran dirinya, lingkungan atau pengalaman hidup mereka dan masa masa depan mereka (Miller, 2004) jika salah satu dari tiga hal ini bernilai negatif, maka bisa menjadi indikator terjadinya depresi. Orang yang depresi memiliki cara berfikir negatif dan salah, dan mereka tidak menyadarinya (Pastoriono & Portillo, 2006). Misalnya, ketika mengalami peristiwa yang sulit, mereka merasa tidak berharga ataupun mereka memandang masa depan mereka tidak punya harapan. Mereka percaya bahwa mereka tidak sanggup untuk mengatasi situasi negatif yang sedang mereka alami (Smith, *et al*, 2003). Hal ini akan menyebabkan mereka terus berada dalam keadaan depresi yang lebih parah lagi.

2.2.3 Gejala Depresi

Secara umum gejala depresi mayor berupa jiwa yang tertekan hampir setiap hari, kesedihan, menangis, keputusasaan, tidak berharga atau perasaan bersalah berlebihan, gangguan psikomotor, kehilangan minat dan kesenangan dalam beraktivitas, kesulitan dalam berfikir dan berkonsentrasi, kehilangan nafsumakan, gangguan pola tidur, dan kelelahan pikiran berulang tentang kematian, dan percobaan/ide bunuh diri (Deshotels, 2004).

Menurut Tsu (2009), gejala depresi dibagi dalam tiga gejala yaitu gejala afektif, kognitif dan somatik. Afektif berupa jiwa yang tertekan, kesedihan, menangis; Kognitif seperti berfikir mengenai ketidakberdayan, keputusasaan, tidak berharga, bunuh diri, kehilangan minat dan kesenangan dalam beraktivitas; dan Somatik seperti tidak bersemangat, kehilangan nafsu makan, gangguan pola tidur, dan kelelahan.

Depresi pada lansia adalah proses patologis, bukan merupakan proses normal dalam kehidupan. Umumnya orang-orang akan menanggulangnya dengan mencari dan memenuhi rasa kebahagiaan. Bagaimanapun, lansia cenderung menyangkal bahwa dirinya mengalami depresi. Gejala umumnya banyak diantara mereka muncul dengan menunjukkan sikap rendah diri dan biasanya sulit untuk di diagnosis (Iskandar, 2012). Menurut Depkes RI (2007), gejala depresi berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya hal tersebut dipengaruhi oleh beratnya gejala. Depresi mempengaruhi fisik, perasaan, pikiran dan kebiasaan sehari-hari (perilaku).

2.2.4 Klasifikasi Depresi

Gangguan depresi terdiri dari berbagai jenis, yaitu:

1. Gangguan depresi mayor

Gejala-gejala dari gangguan depresi mayor berupa perubahan dari nafsu makan dan berat badan, perubahan pola tidur dan aktivitas, kekurangan energi,

perasaan bersalah, dan pikiran untuk bunuh diri yang berlangsung setidaknya \pm 2 minggu (Kaplan, *et al*, 2010).

2. Gangguan dysthmic

Dysthmic bersifat ringan tetapi kronis (berlangsung lama). Gejalagejala dysthmic berlangsung lama dari gangguan depresi mayor yaitu selama 2 tahun atau lebih. Dysthmic bersifat lebih berat dibandingkan dengan gangguan depresi mayor, tetapi individu dengan gangguan ini masi dapat berinteraksi dengan aktivitas sehari-harinya (*National Institute of Mental Health*, 2010).

3. Gangguan depresi minor

Gejala-gejala dari depresi minor mirip dengan gangguan depresi mayor dan dysthmic, tetapi gangguan ini bersifat lebih ringan dan atau berlangsung lebih singkat (*National Institute of Mental Health*, 2010). Tipe-tipe lain dari gangguan depresi adalah:

4. Gangguan depresi psikotik

Gangguan depresi berat yang ditandai dengan gejala-gejala, seperti: halusinasi dan delusi (*National Institute of Mental Health*, 2010).

5. Gangguan depresi musiman

Gangguan depresi yang muncul pada saat musim dingin dan menghilang pada musim semi dan musim panas (*National Institute of Mental Health*, 2010).

2.2.5 Faktor Resiko Depresi

Depresi dipengaruhi oleh beberapa faktor berikut:

1. Jenis Kelamin

Secara umum dikatakan bahwa gangguan depresi lebih sering terjadi pada wanita dibandingkan pada pria. Pendapat-pendapat yang berkembang mengatakan bahwa perbedaan dari kadar hormonal wanita dan pria, perbedaan faktor psikososial berperan penting dalam gangguan depresi mayor ini (Kaplan, *et al*, 2010).

Sebuah diskusi panel yang diselenggarakan oleh American Psychological Association (APA) menyatakan bahwa perbedaan gender sebagian besar disebabkan oleh lebih banyaknya jumlah stres yang dihadapi wanita dalam kehidupan kontemporer (Goleman *et al*, (1990) dalam Nevid *et al* (2005)).

2. Umur

Depresi dapat terjadi dari berbagai kalangan umur. Sekitar 7,8% dari setiap populasi mengalami gangguan mood dalam hidup mereka dan 3,7% mengalami gangguan mood sebelumnya. (Weissman *et al*, (1991) dalam Barlow (1995)). Depresi mayor umumnya berkembang pada masa dewasa muda, dengan usia rata-rata onsetsnya adalah pertengahan 20 (APA, (2000) dalam Nevid *et al*, (2005)). Namun gangguan tersebut dapat dialami bahkan oleh anak kecil, meski hingga usia 14 tahun risikonya sangat rendah (Lewinsohn, *et al*, (1986), Nevid *et al*, (2005)).

3. Faktor Sosial-Ekonomi dan Budaya

Tidak ada suatu hubungan antara faktor sosial-ekonomi dan gangguan depresi mayor, tetapi insiden dari gangguan Bipolar I lebih tinggi ditemukan pada kelompok sosial-ekonomi yang rendah (Kaplan, *et al*, 2010). Dari faktor budaya tidak ada seorang pun mengetahui mengapa depresi telah mengalami peningkatan di banyak budaya, namun spekulasinya berfokus pada perubahan sosial dan lingkungan, seperti meningkatnya disintegrasi keluarga karena relokasi, pemaparan terhadap perang, dan konflik internal, serta meningkatnya angka kriminal yang disertai kekerasan, seiring dengan kemungkinan pemaparan terhadap racun atau virus di lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan mental maupun fisik (Cross National Collaborative Group, (1992) dalam Nevid *et al*, (2003)).

2.2.6 Diagnosis Depresi

Skala depresi pada lansia adalah dengan memberikan kuesioner yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan menggunakan *Geriatric Depression Scale* (GDS 15) Kuesioner dari KSPBJ (Kelompok Studi Psikologi Biologi Jakarta) untuk depresi dengan jawaban ya atau tidak. Penilaian untuk jawaban ya bernilai 1 dan jawaban tidak bernilai 0. Dimana hasil jawaban kemudian di jumlah sehingga mendapat hasil yang kemudian digolongkan menjadi 3 kategori tingkat depresi yaitu untuk Normal 0 - 4 ; Depresi ringan 5 - 8 ; Depresi sedang-berat 9 – 15. (Sheikh & Yesavage, 1986 dalam Andreas, 2014).

2.2.7 Derajat Depresi

Gangguan depresi pada usia lanjut ditegakkan berpedoman pada PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang merujuk pada ICD 10 (International Classification Diagnostic 10). Gangguan depresi dibedakan dalam depresi berat, sedang dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang (Maslim, 2013)

1. Gejala Utama

1. Perasaan depresif
2. Hilangnya minat dan semangat
3. Mudah lelah dan tenaga hilang

2. Gejala Tambahan

1. Konsentrasi dan perhatian menurun
2. Harga diri dan kepercayaan diri menurun
3. Perasaan bersalah dan tidak berguna
4. Pesimis terhadap masa depan
5. Gagasan membahayakan diri atau bunuh diri
6. Gangguan tidur
7. Gangguan nafsu makan

8. Menurunnya libido

Tabel. 2.1 Penggolongan depresi menurut ICD-10

Tingkat depresi	Gejala Utama	Gejala Tambahan	Fungsi	Keterangan
Ringan	2	2	Baik	-
Sedang	2	3-4	Terganggu	Nampak <i>distress</i>
Berat	3	>4	Sangat terganggu	Sangat <i>distress</i>

(Soejono, 2007)

2.2.8 Penilaian Depresi

Terdapat beberapa alat ukur depresi antara lain: *Geriatric Depression Scale* (GDS), *The Zung Scale*, *Hamilton Rating Scale*, *Comprehensive Psychopatological Rating Scale-Depression* (Montorio dan Izal, 1996 dalam Surdana, 2011). *Zung scale* berupa kuesioner yang berisi 20 pertanyaan, terdiri dari 10 pertanyaan positif dan 10 pertanyaan negatif. Interpretasi skornya terbagi menjadi empat yaitu, depresi ringan (25-49), depresi sedang (50-59), depresi sedang-berat (60-69), depresi berat (>70) (Fahmi, 2015). *Hamilton Rating Scale* merupakan skala penilaian depresi yang terdiri dari 24 pertanyaan atau penilaian, yang setiap pertanyaan atau penilaian berskala 0-2 dan 0-4 dengan skor total 0-74. Interpretasinya, tidak mengalami depresi (0-10), depresi ringan (11-19), depresi sedang (20-27), depresi berat (28-33) dan depresi sangat berat (>33) (Adji, 2001). 40 Dari uji perbandingan yang dilakukan terhadap keempat alat ukur tersebut GDS dan Zung Scale memiliki tingkat prediksi positif terbaik. GDS sangat tepat digunakan untuk melakukan skrening depresi pada lansia di komunitas (Montorio dan Izal, 1996 dalam (Surdana, 2011). GDS ada dua bentuk, yakni bentuk panjang yang terdiri dari 30 pernyataan dan bentuk pendek yang terdiri dari 15 pernyataan. Dari hasil uji yang dilakukan terhadap GDS bentuk panjang dan

pendek pada populasi lansia di nursing home ditemukan bahwa GDS bentuk pendek terdiri dari 15 pernyataan hasilnya lebih konsisten (Aikman dan Oehlert, 2000). *Geriatric Depression Scale* memiliki format yang sederhana, dengan pertanyaan-pertanyaan dan respon yang mudah dibaca. *Geriatric Depression Scale* telah divalidasi pada berbagai populasi lanjut usia di Indonesia (Relawati, 2010). *Geriatric Depression Scale* (GDS) pertama kali diciptakan oleh Yesavage dkk, telah diuji dan digunakan secara luas. *Geriatric Depression Scale* (GDS) tersebut menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan ya atau tidak atau dapat dibacakan untuk orang dengan gangguan penglihatan, serta memerlukan waktu sekitar 10 menit untuk menyelesaikannya. Dalam penelitian ini nantinya, GDS yang akan dipergunakan adalah GDS dalam bentuk 15 pernyataan. Skor total Normal 0 - 4 ; Depresi ringan 5 - 8 ; Depresi sedang 9 - 11 ; Depresi berat 12 – 15 (Sheikh & Yesavage, 1986 dalam Andreas, 2014).

2.3 Insomnia

2.3.1 Definisi Insomnia

Insomnia adalah salah satu gangguan tidur dimana seseorang merasa sulit untuk memulai tidur. Gangguan tidur yang terjadi yaitu lamanya waktu tidur atau kuantitas tidur yang tidak sesuai. Selain itu gangguan tidur yang terjadi berhubungan dengan kualitas tidur seperti tidur yang tidak efektif (Hidaayah & Alif, 2016). Insomnia merupakan keadaan dimana seseorang mengalami kesulitan untuk memulai tidur, kesulitan untuk mempertahankan tidur, dan rasa tidak puas dengan tidurnya (Kozier & Erb, 2008). Insomnia merupakan gangguan tidur bersifat sementara ataupun persisten yang paling sering terjadi yaitu berupa kesulitan untuk memulai tidur (Kaplan & Sadock, 2010). Insomnia dapat disimpulkan sebagai kondisi dimana seseorang sulit untuk memulai tidur dan mempertahankan tidurnya. Walaupun mereka memiliki waktu tidur yang cukup, namun tidur yang mereka lakukan tidak memiliki kualitas akan menimbulkan

kelelahan dipagi harinya. Gangguan insomnia dapat bersifat sementara ataupun menetap.

2.3.2 Penyebab insomnia

Sebab-sebab terjadinya insomnia antara lain :

- a. Suara atau bunyi : Biasanya orang dapat menyesuaikan dengan suara atau bunyi sehingga tidak mengganggu tidurnya. Misalnya seseorang yang takut diserang atau dirampok, pada malam hari terbangun berkali-kali hanya suara yang halus sekalipun.
- b. Suhu udara : Kebanyakan orang akan berusaha tidur pada suhu udara yang menyenangkan bagi dirinya. Bila suhu udara rendah memakai selimut dan bila suhu tinggi memakai pakaian tipis, insomnia ini sering dijumpai di daerah tropic.
- c. Tinggi suatu daerah ; Insomnia merupakan gejala yang sering dijumpai pada *mountain sickness* (mabuk udara tipis), terjadi pada pendaki gunung yang lebih dari 3500 meter diatas permukaan air laut.
- d. Penggunaan bahan yang mengganggu susunan saraf pusat : insomnia dapat terjadi karena penggunaan bahan-bahan seperti kopi yang mengandung kafein, tembakau yang mengandung nikotin dan obat-obat pengurus badan yang mengandung amfetamin atau yang sejenis.
- e. Penyakit psikologi : Beberapa penyakit psikologi ditandai antara lain dengan adanya insomnia seperti pada gangguan afektif, gangguan neurotic, beberapa gangguan kepribadian, gangguan stress pascatrauma dan lain-lain (Joewana, 2006).

2.3.3 Klasifikasi Insomnia

Kozier & Erb (2008) menyebutkan bahwa terdapat dua jenis insomnia, yaitu:

1. Insomnia Akut yaitu insomnia yang terjadi dua sampai tiga minggu dan disebabkan karena stres dan perasaan khawatir.
2. Insomnia Kronis yaitu insomnia yang sudah terjadi lebih dari satu bulan.

Menurut Munir (2015) klasifikasi berdasarkan bentuk insomnia yaitu:

1. *Difficulty in Initiating Sleep* (DIS) Jenis ini sering disebabkan karena tidur yang terjaga yang disertai kecemasan dan faktor lain.
2. *Difficulty in Maintaining Sleep* (DMS) Biasanya terbangun secara tiba-tiba, atau pada saat-saat tertentu seperti merasa pusing tiba-tiba kemudian terbangun.
3. *Early Morning Waking (Sleep Offset Insomnia)* Sering terjadi pada orang tua dan biasanya disebabkan karena demensia, penyakit parkinson, gejala menopause, depresi, dan obat-obatan.

Menurut *International Classification of Sleep Disorder 2* (ICSD-2), insomnia dapat ditegakkan bila terdapat satu atau lebih keluhan yaitu: kesulitan memulai tidur, kesulitan untuk mempertahankan tidur sehingga sering terbangun dari tidur, bangun terlalu dini hari dan sulit untuk tidur kembali, dan tidur dengan kualitas yang buruk. Selain itu setidaknya terdapat satu gangguan di siang hari seperti kelelahan, gangguan atensi, gangguan konsentrasi dan memori, gangguan dalam hubungan sosial, gangguan mood atau mudah tersinggung, nyeri kepala, dan gangguan pencernaan akibat kurang tidur (Susanti, 2015).

Chung *et al.* cit Nroman (2015) menggolongkan insomnia dalam tiga kategori:

1. *Transient Insomnia*

Kategori insomnia ini berlangsung selama beberapa hari hingga kurang dari satu minggu. Insomnia ini diakibatkan karena stres, cemas, suasana hati yang berlebihan, dan sakit. Keadaan ini dapat kembali lagi pada pola tidur yang normal.

2. *Acute Insomnia*

Acute Insomnia berlangsung selama beberapa minggu hingga kurang dari satu bulan. Biasanya disebabkan oleh penyakit yang sudah diderita sejak lama.

3. *Cronic Insomnia*

Insomnia ini berlangsung lebih dari satu bulan hingga menahun dan disebabkan karena penyakit kronis, stres dan cemas yang berkepanjangan.

2.3.4 Faktor Yang Mempengaruhi Insomnia

Insomnia dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya adalah usia lanjut dan jenis kelamin perempuan. Pada usia lanjut terjadi perubahan daya tahan tubuh yang membuat mereka rentan memiliki masalah kesehatan. Hal tersebut dapat memicu terjadinya insomnia pada usia lanjut. Jenis kelamin perempuan juga menjadi penyebab insomnia karena berhubungan dengan perubahan hormon saat menstruasi atau menopause (Kozier & Erb, 2008).

Menurut *National Sleep Foundation* wanita lebih banyak mengalami insomnia dibandingkan pria, 57% wanita mengalami tanda gejala insomnia beberapa kali dalam satu minggu. Insomnia lebih banyak terjadi pada wanita karena fase tertentu dalam kehidupannya seperti siklus menstruasi, kehamilan, dan menopause. Menopause pada wanita menyebabkan terjadinya penurunan hormon estrogen dan progesteron yang berhubungan dengan kejadian insomnia (Susanti, 2015).

Faktor lain yang mempengaruhi insomnia yaitu keadaan lingkungan. Lingkungan yang tidak nyaman seperti suhu ruangan yang terlalu tinggi dan teman tidur yang mendengkur akan menyulitkan seseorang untuk tidur. Selain itu gangguan kesehatan seperti rasa nyeri, alergi, atau sesak nafas juga akan menyulitkan seseorang untuk tidur (Litin cit Sulistyowati, 2014).

Menurut Munir (2015) faktor-faktor penyebab insomnia yaitu:

1. Stres akibat pekerjaan, sekolah, atau keluarga dapat membuat pikiran menjadi aktif di malam hari.
2. Kecemasan dan depresi Hal ini disebabkan karena terjadi ketidakseimbangan kimia dalam otak atau kekhawatiran yang menyertai depresi.

3. Obat-obatan Beberapa resep obat dapat mempengaruhi proses tidur, termasuk beberapa antidepresan, obat jantung dan tekanan darah, obat alergi, stimulan, dan kortikosteroid.
4. Kafein, nikotin, dan alkohol.
5. Kondisi medis gejala nyeri kronis, kesulitan bernapas dan kondisi medis lainnya dapat menyebabkan insomnia karena menimbulkan rasa tidak nyaman. Faktor yang menyebabkan insomnia yang disebutkan dalam penelitian Susanti (2015) di Poliklinik Saraf RS. M. Djamil Padang menyebutkan bahwa insomnia paling banyak dialami oleh pasien yang mengalami depresi dan nyeri punggung. Keluhan paling banyak berasal dari pasien lansia dan wanita. Insomnia banyak terjadi pada wanita diperkirakan karena sering mengalami perubahan hormon. Sedangkan nyeri menyebabkan insomnia karena kondisi yang tidak nyaman.

2.3.5 Gejala Insomnia

Gejala insomnia pada umumnya berupa kesulitan untuk memulai tidur, sulit mengatur waktu tidur, bangun tidur terlalu awal, dan kualitas tidur yang buruk (Horsley *et al.* 2016). Menurut Kozier & Erb (2008) gejala insomnia diantaranya:

1. Sulit untuk memulai tidur. Seseorang yang mengalami insomnia akan sulit untuk memulai tidur walaupun sudah merasa lelah. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Sulis (2015) menyebutkan bahwa keluhan yang paling sering dikeluhkan oleh pasien adalah kesulitan untuk memulai tidur.
2. Sering terbangun saat tengah malam. Keadaan insomnia sering mengalami terbangun di malam hari, sehingga tidurnya selalu terjaga.
3. Sulit kembali tertidur. Setelah terbangun di malam hari, biasanya penderita insomnia akan sulit untuk tertidur kembali.
4. Bangun terlalu pagi. Penderita insomnia akan bangun terlalu pagi karena tidurnya terjaga.

5. Tidak merasa puas akan tidur. Pada saat bangun di pagi hari biasanya penderita insomnia tidak merasa puas dengan tidurnya, mereka akan merasakan letih karena tidurnya selalu terjaga.

6. Mengantuk di siang hari. Mengantuk di siang hari disebabkan karena kurang tidur di malam hari.

7. Sulit untuk berkonsentrasi. Penderita insomnia akan sulit untuk berkonsentrasi saat siang hari karena mereka merasa lemas dan mengantuk. Gejala insomnia ditandai dengan buruknya kualitas kerja, cepat marah, sakit, kepala, sulit berkonsentrasi, dan merasa lelah. Keadaan insomnia yang lebih parah dapat ditandai dengan gejala berkurangnya fungsi panca indera, merasa seolah-olah berada diluar tubuhnya dan sensitif atau merasa orang-orang disekitarnya memusuhi dirinya. Hal tersebut tentu saja sangat mengganggu aktivitas sehari-hari (Pangau, 2015)

2.3.6 Dampak insomnia

Insomnia dapat menimbulkan gangguan untuk melakukan aktivitas sepanjang hari, melemahkan energi dan *mood*, kesehatan, serta kualitas hidup, dan menyebabkan rasa frustrasi bagi yang mengalaminya. Jika insomnia terjadi dalam jangka waktu yang lama dapat mengakibatkan gangguan kesehatan baik mental maupun fisik (Mayo Clinic, 2013 cit Sulistyowati, 2014)

Insomnia dapat memberi efek pada kehidupan seseorang, antara lain :

- a. Efek fisiologis : Karena kebanyakan insomnia diakibatkan oleh stress
- b. Efek psikologis : Dapat berupa gangguan memori, gangguan berkonsentrasi, kehilangan motivasi, depresi dan lain-lain.
- c. Efek fisik/somatic : Dapat berupa kelelahan, nyeri otot, hipertensi dan sebagainya.

d. Efek sosial : Dapat berupa kualitas hidup yang terganggu, seperti susah mendapat promosi pada lingkungan kerjanya, kurang bisa menikmati hubungan sosial dan keluarga.

e. Kematian orang yang tidur kurang dari 5 jam semalam memiliki angka harapan hidup lebih sedikit dari orang yang tidur 7-8 jam semalam. Hal ini mungkin disebabkan karena penyakit yang menginduksi insomnia yang memperpendek angka harapan hidup atau karena high arousal state yang terdapat pada insomnia. Selain itu, orang yang menderita insomnia memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar untuk mengalami kecelakaan lalu lintas jika dibandingkan dengan orang yang normal (Turana, 2007).

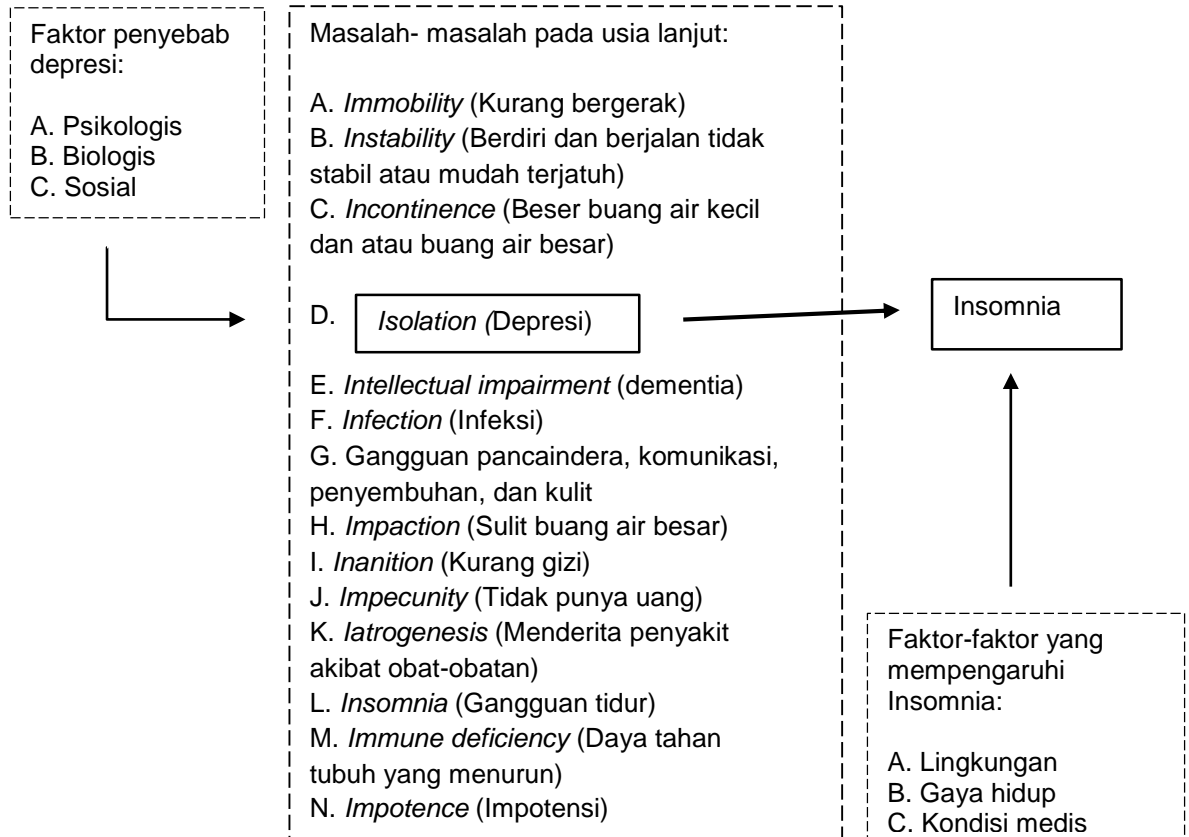
2.3.7 Penilaian Insomnia

Untuk mengukur insomnia digunakan *insomnia rating scale* yang dikembangkan oleh kelompok Studi Biologik Psikiatri Jakarta (KSBPJ). Skala ini bertujuan praktis agar dapat mengetahui skor dari insomnia. Skala pengukuran dari insomnia ini terdiri atas delapan item pertanyaan yang terdiri dari lamanya tidur, mimpi-mimpi, kualitas tidur, masuk tidur, bangun malam hari, bangun dini hari, dan perasaan segar waktu bangun. Jumlah skor maksimum untuk skala pengukuran ini adalah 24. Seseorang dikatakan insomnia apabila skor ≥ 8 .

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

3.2 Penjelasan Kerangka Konsep

Banyak masalah pada lanjut usia, salah satunya adalah depresi. Beberapa gejala depresi yaitu banyaknya pikiran, perasaan takut atau cemas, perasaan ingin sendiri dan hampa yang bisa menyebabkan terjadinya gangguan tidur terutama di malam hari yang disebut insomnia. Adapun faktor yang mempengaruhi insomnia adalah lingkungan, gaya hidup dan kondisi medis. Semakin meningkat tingkat depresi lansia akan diikuti oleh peningkatan atau terjadinya gangguan tidur.

3.2 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah terdapat hubungan antara tingkat kejadian insomnia pada lansia yang mengalami depresi, atau baiknya kualitas tidur pada lansia yang tidak mengalami depresi.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian jenis non-eksperimental dengan menggunakan metode penelitian analitikal dan menggunakan pendekatan *cross sectional*, yaitu penelitian potong silang dengan variabel sebab atau resiko dan akibat atau kasus yang terjadi pada objek peneliti diukur atau dikumpulkan secara simultan atau dalam waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2010).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian. Populasi pada penelitian ini adalah Seluruh lansia yang tergabung ke dalam Panti Jompo Kota Malang. Untuk menentukan Panti Jompo yang akan digunakan untuk penelitian, dengan segala keterbatasan peneliti, peneliti menggunakan beberapa kriteria untuk penentuan populasi yang digunakan pada penelitian ini dan berlaku untuk seluruh panti jompo di Kota Malang, sebagai berikut :

1. Panti jompo bersedia jika para lansia dilakukan penelitian terkait pengisian kuisioner
2. Terdapat lansia sesuai kriteria inklusi di panti jompo tersebut

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2005). Untuk penelitian ini menggunakan teknik *non-probability sampling*, yaitu teknik pengambilan sampel

yang tidak memberi peluang atau kesempatan yang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel (Sugiyono,2011). Pengambilan sampel dengan cara *sampling jenuh*, yaitu teknik penentuan sampel dengan menggunakan semua anggota populasi. Adapun sampel yang diambil harus dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Kriteria inklusi
 - 1. Lansia yang bersedia menjadi responden
 - 2. Lansia yang tergabung di dalam salah satu panti jompo di Kota Malang
- b. Kriteria eksklusi
 - 1. Lansia yang tidak dapat mengerti bahasa Indonesia
 - 2. Lansia yang menderita skizofrenia, gangguan psikotik lainnya
 - 3. Lansia yang tidak dapat mendengar

4.3 Variabel Penelitian

Variabel terikat (dependen variabel) dalam penelitian ini adalah gangguan tidur (*insomnia*) pada lansia. Variabel bebas (independen variabel) dalam penelitian ini adalah depresi pada lansia.

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Panti Jompo Kota Malang. Penelitian akan dilaksanakan sesuai jadwal yang disepakati dengan panti jompo yang terpilih. Penelitian ini dilakukan pada bulan Oktober 2018 s/d November 2018. Waktu penelitian ini dihitung mulai dari pembuatan proposal sampai penyusunan laporan dan publikasi penelitian.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Tingkat Depresi

Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner pertanyaan bersifat tertutup. Tingkat depresi pada lanjut usia diukur dengan menggunakan instrument skala *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang dikemukakan oleh Brink dan Yesavage (1982) dan telah diadopsi dan dibakukan oleh Dep.Kes. RI (2000). Geriatric Depression Scale yang telah diadopsi ini terdiri dari 15 pertanyaan dan untuk setiap pertanyaan yang benar diberi skor 1 untuk kemudian setiap skor yang terkumpul di jumlahkan untuk mengetahui adanya depresi pada lansia. Jawaban “YA” pada pertanyaan no. 2,3,4,6,8,9,10,12,14, dan 15 akan mendapat skor 1, dan Jawaban “TIDAK” akan mendapat skor 0. Jawaban “YA” pada pertanyaan no. 1,5,7,11, dan 13 akan mendapat skor 0, dan jawaban “TIDAK” akan mendapat skor 1. Untuk setiap skor yang didapatkan kemudian dijumlahkan untuk mengetahui skor total yang didapatkan. Skor yang didapatkan kemudian digunakan untuk mengetahui tingkat depresi, dengan interpretasi sebagai berikut:

Normal : 0 - 4 ; Depresi ringan : 5 - 8 ; Depresi sedang-berat : 9 – 15.

Tabel 4.1 Tabel Penjelasan *Geriatric Depression Scale*

Item	Pertanyaan		Jumlah Pertanyaan
	Jawaban YA	Jawaban TIDAK	
Nomor	1, 5, 7, 11, 13	2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15	15
Jumlah	5	10	15

Tabel. 4.2 Pertanyaan GDS-15

No.	Pertanyaan	Jawaban
1.	Apakah Bapak/Ibu merasa puas dengan kehidupan yang dijalani ?	Ya Tidak
2.	Apakah Bapak/Ibu telah banyak meninggalkan kegiatan dan hobi ?	
3.	Apakah Bapak/Ibu merasa hampa dalam hidup ?	
4.	Apakah Bapak/Ibu sering merasa bosan ?	
5.	Apakah Bapak/Ibu biasanya semangat dalam hidup ?	
6.	Apakah Bapak/Ibu merasa takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi kedepannya ?	
7.	Apakah Bapak/Ibu merasa bahagia ?	
8.	Apakah Bapak/Ibu merasa tidak berdaya ?	
9.	Apakah Bapak/Ibu lebih memilih tinggal di kamar (rumah), daripada harus pergi keluar melakukan hal baru ?	
10.	Apakah Bapak/Ibu memiliki banyak masalah dengan ingatan dibanding dengan orang lain ?	
11.	Apakah menurut Bapak/Ibu sangat menyenangkan bisa hidup hingga sekarang ini ?	
12.	Apakah Bapak/Ibu merasa sangat tidak berharga dengan kondisi sekarang ?	
13.	Apakah Bapak/Ibu merasa penuh semangat ?	
14.	Apakah Bapak/Ibu merasa dalam keadaan tidak ada harapan ?	
15.	Menurut Bapak/Ibu, apakah kebanyakan orang lain lebih baik keadaan nya daripada Bapak/Ibu ?	

2. Tingkat Insomnia

Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner pertanyaan bersifat tertutup, dimana responden memilih salah satu jawaban yang telah disediakan, untuk mengukur insomnia digunakan *insomnia rating scale* yang dikembangkan oleh kelompok Studi Biologik Psikiatri Jakarta (KSBPJ). Skala ini bertujuan praktis agar dapat mengetahui skor dari insomnia. Skala pengukuran dari insomnia ini terdiri atas delapan item pertanyaan yang terdiri dari lamanya tidur, mimpi-mimpi, kualitas tidur, masuk tidur, bangun malam hari, bangun dini hari, dan perasaan

segar waktu bangun. Jumlah skor maksimum untuk skala pengukuran ini adalah 24. Seseorang dikatakan insomnia apabila skornya lebih dari 8. Instrumen ini telah diuji reliabilitasnya dengan hasil yang tinggi, baik antar psikiater dengan psikiater ($r = 0,95$) maupun antar psikiater dan dokter non psikiater ($r = 0,94$). Uji sensitifitas alat ini cukup tinggi yaitu 97,4% dan spesifitas sebesar 87,5% (Iskandar & Setyonegoro dalam Marchira, 2004).

Tabel. 4.3 Pertanyaan *Insomnia Rating Scale*

No. Pertanyaan <i>Insomnia Rating Scale</i>	
1.	Lamanya tidur. Berapa jam Bapak/ Ibu tidur dalam sehari? 0 = Lebih dari 6,5 jam 1 = antara 5 jam 30 min – 6 jam 29 min 2 = antara 4 jam 30 min – 5 jam 29 min 3 = Kurang dari 4 jam 30 min
2.	Mimpi- mimpi 0 = Tidak bermimpi 1 = Kadang- kadang terdapat mimpi (mimpi yang menyenangkan) 2 = Selalu bermimpi (mimpi yang mengganggu) 3 = Mimpi buruk
3.	Kualitas dari tidur 0 = Tidur dalam, sulit dibangunkan 1 = Tidur sedang, tetapi sulit terbangun 2 = Tidur sedang, tetapi mudah terbangun 3 = Tidur dangkal dan mudah terbangun
4.	Masuk tidur 0 = Kurang dari 15 min 1 = Antara 15 – 29 min 2 = Antara 30 – 60 min 3 = Lebih dari 60 min
5.	Bangun malam hari . berapa kali Bapak/ Ibu terbangun semalam? 0 = Tidak terbangun 1 = Terbangun 1 – 2 kali 2 = Terbangun 3 – 4 kali 3 = Lebih dari 4 kali
6.	Waktu untuk tidur kembali setelah Bapak/Ibu terbangun malam hari 0 = Kurang dari 15 min 1 = Antara 15- 29 min 2 = Antara 30 – 60 min 3 = Lebih dari 60min
7.	Bangun dini hari. Pagi hari apakah Bapak/ Ibu terbangun? 0 = Tidak terdapat bangun dini hari/ bangun pada saat terbiasa bangun 1 = Setengah jam bangun lebih awal dan tidak dapat tidur lagi 2 = Satu jam bangun lebih awal dan tidak dapat tidur lagi 3 = Lebih dari satu jam bangun lebih awal dan tidak dapat tidur lagi
8.	Perasaan segar waktu bangun 0 = Perasaan segar 1 = Tidak begitu segar 2 = Perasaan tidak segar 3 = Sangat tidak segar

4.5.1 Uji Validitas dan Realibilitas

Kuesioner yang telah disusun oleh peneliti perlu dilakukan uji validitas dan reabilitas yang bertujuan agar hasil penelitian memiliki makna kuat. Dengan menggunakan kuesioner yang valid dan realibel dalam pengumpulan data, hasil penelitian akan menjadi valid dan realibel (Setiadi, 2007).

1. Uji Validitas

Pengujian validitas instrumen untuk variabel gangguan tidur dilakukan dengan cara mengkorelasikan setiap skor item dengan skor total menggunakan teknik *Korelasi Pearson (Product Moment)*. Sementara pengujian validitas instrumen untuk variabel tingkat depresi dilakukan dengan menggunakan teknik *Point Biserial*. Kriteria pengujian menyatakan apabila koefisien korelasi (r_{IT}) \geq korelasi table (r_{tabel}) berarti item angket dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel yang diukurnya, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data. Adapun ringkasan hasil pengujian validitas sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.4 Validitas Instrumen

Variabel	Item	Koefisien Validitas	Cut Off	Keterangan
Tingkat Depresi	P1	0.528	0.361	Valid
	P2	0.386	0.361	Valid
	P3	0.365	0.361	Valid
	P4	0.374	0.361	Valid
	P5	0.478	0.361	Valid
	P6	0.435	0.361	Valid
	P7	0.506	0.361	Valid
	P8	0.562	0.361	Valid
	P9	0.602	0.361	Valid
	P10	0.398	0.361	Valid
	P11	0.562	0.361	Valid
	P12	0.602	0.361	Valid
	P13	0.571	0.361	Valid
	P14	0.582	0.361	Valid
	P15	0.508	0.361	Valid
Gangguan Tidur	P1	0.714	0.361	Valid
	P2	0.499	0.361	Valid
	P3	0.773	0.361	Valid
	P4	0.710	0.361	Valid
	P5	0.782	0.361	Valid
	P6	0.890	0.361	Valid
	P7	0.861	0.361	Valid
	P8	0.528	0.361	Valid

Berdasarkan ringkasan hasil pengujian validitas instrumen dalam penelitian ini diketahui bahwa semua nilai koefisien korelasi setiap item dengan skor total (r_{IT}) > nilai korelasi tabel ($r_{tabel} = 0.361$). Dengan demikian semua item dari angket tersebut dinyatakan valid atau mampu mengukur variabel tersebut, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

2. Uji Reliabilitas

Pengujian reliabilitas instrumen dimaksudkan untuk mengetahui kehandalan dan konsistensi instrumen penelitian sebagai alat untuk mengukur variabel yang diukurnya. Pengujian reliabilitas untuk variabel gangguan tidur menggunakan teknik *Cronbach's Alpha*. Sementara pengujian reliabilitas instrumen untuk variabel tingkat depresi dilakukan dengan menggunakan teknik *Split-half*. Kriteria

pengujian menyatakan apabila koefisien reliabilitas ≥ 0.6 berarti item angket dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur variabel yang diukurnya. Adapun ringkasan hasil pengujian reliabilitas sebagaimana tabel berikut :

Tabel 4.5 Reliabilitas Instrumen

Variabel	Koefisien Reliabilitas	Cut Off	Keterangan
Tingkat Depresi	0.902	0.6	Reliabel
Gangguan Tidur	0.870	0.6	Reliabel

Berdasarkan ringkasan hasil pengujian reliabilitas instrumen penelitian diketahui bahwa variabel tingkat depresi dan gangguan tidur menghasilkan nilai koefisien reliabilitas > 0.6 . Dengan demikian item yang mengukur variabel tersebut dinyatakan reliabel atau konsisten dalam mengukur variabel tersebut, sehingga dapat dipergunakan sebagai alat pengumpul data dalam penelitian ini.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.6 Definisi Operasional

Variabel Independen				
Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Depresi pada lansia	Gangguan perasaan (mood) yang ditandai dengan kemurungan dan kesedihan yang mendalam dan berkelanjutan sehingga hilangnya gairah hidup	alam Kuesioner <i>Geriatric Depression Scale</i> dengan 15 item pertanyaan	Normal : 0 - 4 ; Depresi ringan : 5 - 8 ; Depresi sedang-berat : 9 - 15.	Ordinal
Variabel Dependen				
Gangguan tidur (<i>insomnia</i>)	Hasil pengukuran terhadap persepsi responden tentang insomnia meliputi kesulitan tidur, tiba-tiba terbangun, kualitas tidur, mimpi buruk, perubahan jadwal jam tidur, dan lama tidur yang diukur dari satu minggu terakhir	Kuesioner KSPBJ-IRS dengan 8 item pertanyaan	Dikatakan insomnia apabila terdapat skor ≥ 8	Ordinal

4.7 Prosedur Penelitian

Peneliti membuat surat izin penelitian dari Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya untuk melakukan penelitian di dua panti jompo yaitu, panti jompo Al-Islah dan Griya Kasih Siloam. Sesudah surat izin dari fakultas selesai, surat diantar ke instansi terkait, apabila instansi memberikan izin untuk dilakukan penelitian kepada lansia di panti jompo tersebut, instansi menjawab dengan membalas surat kepada Fakultas. Sesudah alur perizinan selesai, peneliti mencari hari yang pas untuk dilakukannya penelitian.

Penelitian dilaksanakan dalam waktu yang berbeda tiap panti jompo nya. Penelitian pertama kali dilaksanakan di panti jompo Griya Kasih Siloam, dilaksanakan pada hari Sabtu. Sebelum hari H penelitian, peneliti melakukan pemaparan tentang pelaksanaan penelitian kepada penanggung jawab dan perawat yang berada di panti jompo tersebut terkait tentang pelaksanaan penelitian yang akan dilaksanakan keesokan harinya. Sebelum pelaksanaan penelitian, seluruh calon responden dikumpulkan, lalu memaparkan sekali lagi secara singkat dan meminta izin sekali lagi langsung dipimpin oleh penanggung jawab panti jompo dan oleh peneliti. Peneliti melakukan penelitian dengan mendatangi satu per satu responden dan melakukan *inform consent* sekali lagi. Apabila responden bersedia, maka penelitian bisa dilaksanakan dan responden bisa menjawab soal dari kuisisioner yang dibantu dan diawasi langsung oleh peneliti.

4.8 Analisis Data

Penerapan data sesuai dengan pendekatan yang digunakan dalam penelitian, analisa data dilakukan setelah semua data yang didapat dari kuesioner terkumpul. Untuk menguji hipotesis penelitian, perlu dicari hubungan antar variabel bebas

dengan variabel terikat dengan menggunakan fasilitas komputer yaitu SPSS. Skala pengukuran dari kedua variabel pada penelitian ini adalah skala ordinal yang dikelompokkan kedalam kategori-kategori tertentu sehingga uji statistik yang digunakan pada penelitian ini menggunakan uji kai kuadrat (*chi-square*) dengan koefisien kontingensi yang digunakan untuk mencari hubungan antara dua variabel dimana variabel X dan variabel Y, dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha=0,05$) dan menggunakan uji korelasi dengan menggunakan skala numerik-numerik sebagai pengujian tambahan.

4.9 Jadwal Kegiatan

Tabel 4.7 Jadwal Kegiatan

NO	JENIS KEGIATAN	DES 2017	JAN 2017	FEB 2017	AGU 2018	DES 2018	DES 2018	DES 2018
1.	PENYELESAIAN PROPOSAL	•	•	•				
2.	PENGURUSAN ETIK				•			
3.	PELAKSAAN PENELITIAN					•		
4.	PENGOLAAN DATA					•	•	
5.	PELAPORAN HASIL PENELITIAN							•

4.10 Kelaikan Etik

Penelitian ini sudah dinyatakan laik etik oleh Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan nomor Surat 342/EC/LEPL-S1-PD/12/2018 yang dapat dilihat dibagian lampiran.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

5.1 Deskripsi Data Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Data penelitian didapatkan 44 responden di Dua panti jompo di Kota Malang. Panti jompo tersebut meliputi Panti Jompo Al-Islah dan Griya kasih Siloam.

5.1.2 Panti Jompo Al-Islah

Panti jompo Al-Islah menampung 20 lansia. Panti jompo ini berlokasi di Jl. Laksa Adi Sucipto No. 30, Pandanwangi, Blimbing, Kota Malang. Pada tahun 2010 panti jompo ini diresmikan oleh Gus Ipul (Wakil Gubernur Jawa Timur). Sampai saat ini, panti jompo ini telah mengalami berbagai perkembangan yang baik. Hal ini ditandai dengan semakin bertambahnya fasilitas untuk membantu memantan perkembangan kesehatan lansia dan jumlah anggota lansia yang masih aktif datang ke panti jompo.

Panti jompo ini melakukan pengecekan kesehatan kepada anggota lansianya setiap hari yang dilakukan oleh perawat jaga dan setiap 1 minggu-2 minggu sekali mendatangkan dokter atau tenaga kesehatan dari puskesmas atau klinik setempat. Kegiatan yang akan dilakukan meliputi tanda tanda vital seperti, tekanan darah, laju nadi, laju pernafasan dan suhu tubuh. Dan anggota lansia juga dapat berkonsultasi kepada perawat jaga dengan menceritakan keluhan tentang kesehatan yang dialaminya pada penjaga atau tenaga kesehatan yang rutin mengecek.

Posyandu ini awalnya memiliki kapasitas untuk 28 orang, tapi semenjak tahun 2014 kapasitas nya dikurangi menjadi 20 orang saja. Dan semua lansia yang terdapat di posyandu adalah berjenis kelamin perempuan berjumlah 20 orang. Usia anggota panti jompo ini beragam dari usia 60-100 tahun.

5.1.3 Panti Jompo Griya Kasih Siloam

Panti jompo Griya Kasih Siloam menampung 33 lansia. Panti jompo ini berlokasi di Jl. Sigura Gura, masuk ke dalam gang kompleks yang disebela gang tersebut ada *food court* yang berada di sisi kiri jalan. Sampai saat ini, panti jompo ini telah mengalami berbagai perkembangan yang baik. Hal ini ditandai dengan semakin bertambahnya fasilitas untuk membantu memantan perkembangan kesehatan lansia dan jumlah anggota lansia yang masih aktif datang ke panti jompo.

Berbeda dengan panti jompo Al-Islah, panti jompo ini melakukan pengecekan kesehatan kepada anggota lansianya seminggu sekali dengan mendatangkan dokter atau tenaga kesehatan dari puskesmas atau klinik setempat. Kegiatan yang akan dilakukan meliputi tanda tanda vital seperti, tekanan darah, laju nadi, laju pernafasan dan suhu tubuh. Khusus yang memiliki penyakit yang harus dirawat seperti diabet atau luka, bisa ditangani langsung oleh dokter. Dan anggota lansia juga dapat berkonsultasi kepada perawat jaga dengan menceritakan keluhan tentang kesehatan yang dialaminya pada penjaga atau tenaga kesehatan yang rutin mengecek.

Panti jompo ini awalnya memiliki kapasitas untuk 40 orang, tapi semenjak tapi status terakhir sekarang hanya ada 33 orang lansia. Dan semua lansia yang terdapat di panti jompo ini adalah berjenis kelamin perempuan berjumlah 33 orang. Usia anggota panti jompo ini beragam dari usia 60-90 tahun.

5.2 Gambaran Umum Responden

Tabel 5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik	Kategori	Jumlah	Persentase (%)
Usia (Th)	60-70 tahun	26	59.1%
	71-80 tahun	14	31.8%
	81-90 tahun	3	6.8%
	91-100 tahun	1	2.3%
	Total	44	100.0%
Pendidikan	SD-SMP	12	29%
	SMU-D3/D1	28	68%
	S1 &>S1	4	3%
	Total	44	100.0%
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	19	43%
	Wirausaha	16	36%
	Pensiunan	9	21%
	Total	44	100.0%
Jenis Kelamin	Laki-laki	0	0%
	Perempuan	44	100%
	Total	44	100%

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang paling banyak berusia 60 – 70 tahun dengan persentase sebesar 59.1%. Kemudian 31.8% responden berusia 71 – 80 tahun dan 6.8% responden berusia 81 - 90 tahun. Sementara responden yang berusia 91 – 100 tahun memiliki persentase 2.3%. Untuk status pendidikan mayoritas SMA-D3 atau D1 dengan persentase sebesar 68%. Kemudian SD-SMP 29%. Sementara yang terkecil adalah S1 & >S1 memiliki persentasi 3%. Status pekerjaan sebagian besar responden dulunya menjadi ibu rumah tangga yaitu sebesar 43%%. Sedangkan responden yang dulunya sebagai wirausahawati sebesar 36% dan sebesar 21% responden yang sudah pensiunan. seluruh responden adalah berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 100%.

5.3 Analisis Deskriptif

5.3.1 Tingkat Depresi

Tabel 5.2 Kejadian depresi

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Ada Depresi	17	38.6%
Depresi Ringan	12	27.3%
Depresi Sedang-Berat	15	34.1%
Total	44	100.0%

(skor normal 0-4; skor ringan 5-8; skor sedang berat 9-15)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang paling banyak termasuk dalam kategori tidak ada depresi dengan persentase sebesar 38.6%. Kemudian 34.1% responden termasuk dalam kategori depresi sedang-berat. Sementara sisanya termasuk dalam kategori depresi ringan dengan persentase sebesar 27.3%.

5.3.2 Gangguan Tidur

Tabel 5.3 Frekuensi Gangguan Tidur

Gangguan Tidur	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Ada Insomnia	29	65.9%
Insomnia	15	34.1%
Total	44	100.0%

(skor <8 normal, skor >8 ada gangguan tidur)

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa dari 44 orang responden di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang paling banyak tidak mengalami gangguan tidur dengan persentase sebesar 65.9%. Sementara sisanya mengalami gangguan tidur dengan persentase sebesar 34.1%.

5.3.3 Gejala yang dialami responden Insomnia

Tabel 5.4 Gejala yang dialami responden insomnia berdasarkan jawaban kuisioner

KODE	GEJALA INSOMNIA		Jumlah	Persentase (%)
R1	Jam tidur kurang	Jam tidur kurang	2	13,33%
R4	Mimpi mimpi			
R8	Bangun pagi tidak segar	Mimpi mimpi	2	13,33%
R10	Masuk tidur lama			
R11	Gampang terbangun	Bangun pagi tidak segar	1	6,67%
R13	Jam tidur kurang			
R23	Bangun dini hari	Masuk tidur lama	1	6,67%
R25	Mimpi mimpi			
R28	Gampang terbangun	Gampang terbangun	6	40%
R32	Bangun dini hari			
R33	Gampang terbangun			
R35	Gampang terbangun			
R37	Gampang terbangun	Bangun dini hari	3	20%
R39	Gampang terbangun			
R43	Bangun dini hari			

Tabel diatas adalah gejala yang dirasakan oleh responden yang mengalami insomnia dengan jumlah 15 responden. Berdasarkan tabel diatas dapat diketahui bahwa gejala yang paling banyak dirasakan oleh responden adalah gampang terbangun disaat tidur dengan jumlah 6 orang, bangun dini hari 3 orang, jam tidur kurang dan mimpi mimpi 4 orang, dan gejala yang paling sedikit adalah bangun pagi tidak segar dan waktu masuk tidur yang lama berjumlah 2 orang.

5.4 Tabulasi Silang

5.4.1 Tabulasi Silang Usia dengan Tingkat Depresi

Tabel 5.5 Tabulasi Silang Usia dengan Tingkat Depresi

Usia	Tingkat Depresi		
	Tidak Ada Depresi	Depresi Ringan	Depresi Berat
60 – 70 tahun	9	5	12
71 - 80 tahun	6	6	2
81- 90 tahun	1	1	1
91 – 100 tahun	1	0	0

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa responden yang berusia 60 – 70 tahun dan tidak mengalami depresi sebanyak 9 orang, yang mengalami depresi ringan sebanyak 5 orang, dan yang mengalami depresi berat sebanyak 12 orang. Kemudian responden yang berusia 71 - 80 tahun dan tidak mengalami depresi sebanyak 6 orang, yang mengalami depresi ringan sebanyak 6 orang, dan yang mengalami depresi sedang-berat sebanyak 2 orang. Selanjutnya responden yang berusia 81- 90 tahun dan tidak mengalami depresi sebanyak 1 orang, yang mengalami depresi ringan sebanyak 1 orang, dan yang mengalami depresi sedang-berat sebanyak 1 orang. Sementara responden yang berusia 91 – 100 tahun dan tidak mengalami depresi sebanyak 1 orang.

5.4.2 Tabulasi Silang Usia dengan Gangguan Tidur

Tabel 5.6 Tabulasi Silang Usia dengan Gangguan Tidur

Usia	Gangguan Tidur	
	Tidak Ada Insomnia	Insomnia
60 – 70 tahun	14	12
71 - 80 tahun	11	3
81- 90 tahun	3	0
91 – 100 tahun	1	0

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa responden yang berusia 60 – 70 tahun dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 14 orang dan yang mengalami gangguan tidur sebanyak 12 orang. Kemudian responden yang berusia 71 - 80 tahun dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 11 orang dan yang mengalami gangguan tidur sebanyak 3 orang. Selanjutnya responden yang berusia 81- 90 tahun dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 3 orang. Sementara responden yang berusia 91 – 100 tahun dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 1 orang.

5.4.3 Tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Gangguan Tidur

Tabel 5.7 Tabulasi Silang Tingkat Depresi dengan Gangguan Tidur

Tingkat Depresi	Gangguan Tidur	
	Tidak Ada Insomnia	Insomnia
Tidak Ada Depresi	15	2
Depresi Ringan	7	5
Depresi Sedang-Berat	7	8

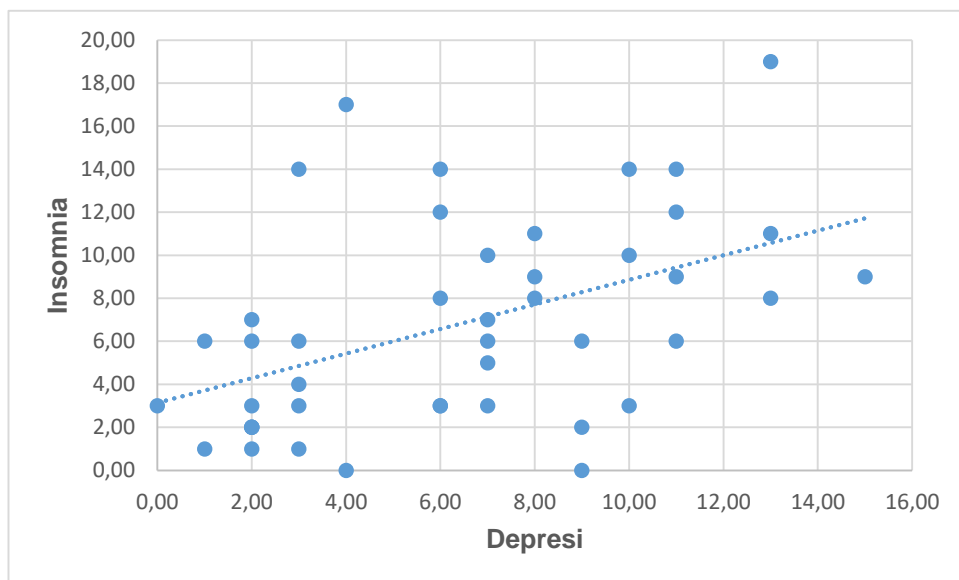
Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa responden yang tidak mengalami depresi dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 15 orang dan yang mengalami gangguan tidur sebanyak 2 orang. Kemudian responden yang mengalami depresi ringan dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 7 orang dan yang mengalami gangguan tidur sebanyak 5 orang. Selanjutnya responden yang depresi sedang-berat dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 7 orang dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 8 orang.

5.5 Analisis Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Gangguan Tidur

Analisis hubungan antar variabel digunakan untuk mengetahui hubungan atau keterkaitan antar variabel, dalam hal ini adalah hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur. Kriteria pengujian menyebutkan apabila nilai probabilitas $\chi^2 \leq \text{level of significance}$ ($\alpha = \alpha$) maka dinyatakan ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Hasil analisis hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur menghasilkan nilai *chi square* sebesar 6.550 dengan probabilitas sebesar **0.038**. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $< \text{level of significance}$ ($\alpha = 5\%$). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur.

Selain uji dengan *chi-square*, peneliti juga melakukan uji korelasi antara skor tingkat depresi (dalam skala numerik) dengan skor gangguan tidur (dalam skala numerik) untuk melihat korelasi antara kedua variabel tersebut. Sebelum menentukan uji korelasi, dilakukan uji kenormalan data tingkat depresi dan gangguan tidur di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang yang bertujuan untuk mengetahui normal tidaknya data tersebut. Pengujian kenormalan data dilakukan menggunakan *Kolmogorov-Smirnov*, dengan kriteria apabila nilai probabilitas $> \text{level of significance}$ ($\alpha = 5\%$) maka data dinyatakan normal. Pengujian normalitas data menghasilkan statistik *Kolmogorov-Smirnov* sebesar 0.150 dengan probabilitas sebesar 0.014. Sementara pengujian normalitas data gangguan tidur menghasilkan statistik *Kolmogorov-Smirnov* sebesar 0.150 dengan probabilitas sebesar 0.014. Hal ini dapat diketahui bahwa pengujian normalitas data tingkat depresi dan gangguan tidur di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang dinyatakan tidak normal dan digunakan uji korelasi *spearman*.

Kriteria pengujian menyebutkan apabila nilai probabilitas *spearman's rho* \leq *level of significance* ($\alpha = \alpha$) maka dinyatakan ada hubungan yang signifikan antara kedua variabel tersebut. Hasil antara tingkat depresi dan gangguan tidur di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang menghasilkan nilai probabilitas sebesar 0.001 dan nilai koefisien korelasi 0.495. Hasil tersebut menunjukkan probabilitas $<$ *level of significance* ($\alpha = 5\%$). Dengan demikian dapat dinyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan dan positif (searah) antara tingkat depresi dan gangguan tidur di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al Ishlah Kota Malang seperti yang digambarkan oleh grafik dibawah berikut.



Gambar 5.1 Grafik *scatter* menunjukkan garis korelasi yang meningkat dan searah.

BAB VI

PEMBAHASAN

Penelitian ini menggunakan jumlah sampel sebanyak 44 responden di dua panti jompo di Kota Malang. Keseluruhan responden adalah berjenis kelamin perempuan. Penelitian ini dilakukan selama bulan Desember 2018 di Panti Jompo AL- Islah dan Griya Kasih Siloam Kota Malang dengan menilai hubungan antara tingkat depresi dan gangguan tidur (*insomnia*) pada lansia di panti jompo bersangkutan.

6.1. Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin tabel 5.1 menunjukkan bahwa seluruh responden adalah berjenis kelamin perempuan. Seiring dengan kemajuan zaman dan majunya pelayanan kesehatan, menurunnya angka kematian bayi dan anak, perbaikan gizi dan sanitasi, meningkatnya pengawasan terhadap penyakit fisik atau psikis, sehingga angka harapan hidup perempuan cenderung lebih tinggi dari pada harapan hidup laki laki (Nugroho, 2000).

Karakteristik responden berdasarkan umur pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari total 44 responden, lansia yang berusia 60-70 tahun berjumlah hampir mencapai setengah dari total populasi dan semuanya adalah wanita. Kelompok lansia dipandang sebagai kelompok masyarakat yang beresiko mengalami gangguan kesehatan, termasuk masalah kesehatan jiwa, khususnya depresi. Prevalensi depresi pada lansia di dunia berkisar 8%-15% sedangkan hasil meta analisis dari laporan beberapa negara di dunia mendapatkan prevalensi rata-rata depresi pada lansia sebesar 13,5% dengan perbandingan wanita-pria 14,1:8,6. Prevalensi depresi pada lansia yang menjalani perawatan di

rumah sakit dan panti perawatan jumlahnya jauh lebih besar yaitu sebesar 30-45 persen (Blazer, 2005).

Kaplan *et al.* (1997) juga menyatakan bahwa perempuan memiliki kecenderungan mengalami depresi lebih besar jika dibandingkan dengan laki-laki. Faktor biologis dan lingkungan dapat menjadi faktor penyebab terjadinya depresi, yaitu adanya peran sosial sehingga menimbulkan berbagai konflik serta membutuhkan penyesuaian diri yang lebih intens, kondisi yang penuh stressor bagi kaum perempuan, contohnya penghasilan dan tingkat pendidikan yang lebih rendah dibandingkan kaum laki-laki, perubahan berbagai hormon yang dialami perempuan serta masalah keturunan atau reproduksi.

6.2 Kejadian Insomnia pada Lansia

Dari penelitian ini, didapatkan sepertiga responden yang mengalami insomnia dan dua per tiga dari responden tidak mengalami insomnia. Sedangkan, pada penelitian sebelumnya oleh Renny Nova (2013) yang berjudul “Hubungan kejadian depresi dan insomnia pada lansia di Panti Werdha Tresno Mukti Turen Malang” diperoleh data bahwa dari 34 responden yang diteliti, sebanyak satu pertiga responden mengalami insomnia dan memiliki gejala yang sama, berupa kesulitan memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, sering terbangun lebih awal dari biasanya dan mengeluh tetap tidak segar meski sudah tertidur.

Menurut Departemen kesehatan RI (2000), insomnia merupakan salah satu dari lima gangguan mental yang paling sering ditemukan pada lansia. Terjadi perubahan pola tidur yang signifikan pada lansia. Lansia lebih sulit memulai tidur, total waktu tidur dan efisiensi tidur berkurang, fragmentasi tidur meningkat, serta lebih banyak waktu dihabiskan di tempat tidur dalam keadaan terjaga. Proses penuaan memiliki hubungan yang erat dengan gangguan tidur dan waktu tidur. Menurut Stanley (2007), selama penuaan pola tidur mengalami

perubahan yang khas yang membedakannya dari orang yang lebih muda. Perubahan-perubahan tersebut mencakup kelatengan tidur, terbangun pada malam hari dan terbangun pada dini hari.

6.3 Kejadian Depresi pada Lansia

Dari 44 responden, didapatkan satu per empat dari populasi mengalami depresi ringan, satu per empat mengalami depresi sedang-berat dan setengah dari sisa populasi tidak mengalami depresi. Kaplan *et al.* (1997) menyebutkan bahwa angka kejadian depresi pada usia lanjut terentang antara 25-50%. Banyak faktor yang menyebabkan seorang lansia mengalami gangguan mental seperti salah satunya yaitu, depresi. Macam-macam persoalan hidup yang mendera lansia sepanjang hidupnya, seperti: kemiskinan, kegagalan yang beruntun, stress yang berkepanjangan, ataupun konflik dengan keluarga atau anak, atau kondisi lain seperti tidak memiliki keturunan yang bisa merawatnya dan lain sebagainya. Kondisi-kondisi hidup tersebut dapat memicu terjadinya depresi (Kementerian Sosial RI, 2009)

Depresi pada usia lanjut mungkin berhubungan dengan status sosioekonomi rendah, kematian pasangan, penyakit fisik yang menyertai, dan isolasi sosial. Faktor-faktor tersebut tidak dinilai dalam penelitian ini, karna dalam penelitian ini hanya menilai depresi yang berhubungan dengan jenis kelamin. Hal ini sejalan dengan Soejono (2000) bahwa depresi menjadi salah satu problem gangguan mental yang sering ditemukan pada lanjut usia. Prevelensinya diperkirakan 10-15% dari populasi lanjut usia dan diduga sekitar 60% dari pasien di unit geriatri menderita depresi, sehingga gejala depresi yang muncul seringkali dianggap sebagai bagian dari proses menua. Angka kejadian depresi pada lansia usia diatas 65 tahun diperkirakan sekitar 10-30% (Soejono,2000).

6.4 Hubungan Insomnia dengan Depresi pada Lansia

Hasil *Crosstab* menunjukkan bahwa lansia yang tidak mengalami depresi dan tidak mengalami insomnia sebanyak seperempat dari populasi dan yang mengalami insomnia hanya 2 responden. Kemudian responden yang mengalami depresi ringan dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 7 orang dan yang mengalami gangguan tidur sebanyak 5 orang. Selanjutnya responden yang depresi berat dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 7 orang dan tidak mengalami gangguan tidur sebanyak 8 orang.

Semua ini bisa meningkat seiring bertambahnya usia, kegelelisahan yang mendalam, kemarahan yang tak terkendali, situasi sosial yang tidak berpihak termasuk diantaranya yang memicu adalah sulitnya tidur. Mudah terbangun membuat depresi tersendiri untuk masing-masing individu. Depresi berkaitan erat dengan insomnia, pada sebagian besar inti permasalahannya adalah emosional. (Rafknowledge, 2004)

Terbangun dini hari atau memanjangnya durasi tidur dapat menunjukkan depresi. Menurut Nugroho (2008), insomnia adalah salah satu gejala yang mungkin sering ditemukan pada penderita depresi dan depresi dapat mencetuskan gangguan tidur pada penderitanya.

6.5 Hubungan Antara Tingkat Depresi dengan Gangguan Tidur

Pada penelitian ini menunjukan bahwa terdapat hubungan yang positif dan searah antara tingkat depresi dengan gangguan tidur pada lansia di Kota Malang. Ini menunjukkan bahwa lansia yang mengalami depresi juga mengalami gangguan tidur, dan sebaliknya lansia yang tidak mengalami depresi tidak mendapatkan gangguan tidur.

Menurut penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Renny Nova dkk (2013) dengan kesimpulan terdapat hubungan antara kejadian depresi dan

insomnia pada Lansia di Panti Werdha Tresno Mukti Turen, Malang. Penelitian Ericha (2013) juga didapatkan hubungan antara tingkat depresi dengan kejadian insomnia pada lansia di Karang Werdha Semeru Jaya. Penelitian Mentari (2016) juga memberikan hasil yang serupa, yakni adanya hubungan antara kejadian depresi dan insomnia di Panti Werdha Santo Yoseph, Kediri. Penelitian lain yang dilakukan oleh Gustia Kusuma (2017) juga menyatakan bahwa adanya hubungan yang signifikan antara tingkat depresi dengan insomnia pada lansia di posyandu lansia Dusun Karangjati, Sleman, Yogyakarta. Penelitian oleh Nur Adiyanti (2018) juga menyatakan bahwa terdapat hubungan yang antara tingkat stress dengan insomnia pada lansia di kelurahan Terban.

Pada pengujian korelasi *spearman* juga didapatkan hubungan yang positif antara tingkat depresi dan gangguan tidur di Panti Jompo Griya Kasih Siloam dan Al-Islah Kota Malang. Artinya semakin tinggi tingkat depresi seseorang maka gangguan tidur orang tersebut juga akan semakin tinggi, dan sebaliknya semakin rendah tingkat depresi seseorang maka gangguan tidur orang tersebut juga akan semakin rendah.

Menurut Rafknowledge (2004), depresi berkaitan erat dengan insomnia, pada sebagian besar emosional adalah inti dari permasalahannya. Kegelisahan yang mendalam, kemarahan yang tak terkendali, situasi sosial yang tidak berpihak. Faktor inilah yang memicu sulitnya tidur karena beban pikiran. Semua ini bisa meningkat seiring bertambahnya usia.

6.6 Implikasi Terhadap Bidang Kedokteran

Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa adanya hubungan antara tingkat depresi yang menggunakan GDS (*Geriatry Depression Scale*) sebagai instrumen tingkatan depresi dengan tingkat gangguan tidur (*insomnia*) yang diukur dengan menggunakan *Insomnia rating scale*. Sehingga memiliki peran yang cukup

penting dimiliki oleh lansia, sehingga implikasi dari penelitian ini diharapkan dapat mendeteksi depresi dan gangguan tidur lebih dini yang mana dapat meningkatkan kualitas hidup para penderita.

6.7 Keterbatasan Penelitian

Ada beberapa keterbatasan penelitian pada penelitian ini, yaitu:

1. Pada penelitian ini, lebih dari setengah responden berbahasa Jawa, dan peneliti terkendala dalam berbicara menggunakan bahasa Jawa. Dalam pengisian data menggunakan kuisioner, mungkin terdapat kesalahpahaman arti dari bahasa yang disampaikan oleh peneliti kepada responden karena peneliti kurang mahir dalam berbicara bahasa Jawa.
2. Pada penelitian ini, data yang diambil dikumpulkan dalam waktu yang bersamaan, sehingga tidak dapat melihat hubungan sebab akibat antar variabel. Selain itu, data penelitian ini hanya mewakili pada saat penelitian itu saja dan mungkin bisa berubah di waktu yang akan datang.
3. Pada penelitian ini, perasaan responden bisa saja berubah-ubah, apabila dalam pengambilan data keadaan perasaan responden dalam kondisi yang buruk atau sedih, maka hasil yang didapatkan bisa menjadi depresi dan sebaliknya, apabila keadaan perasaan responden dalam kondisi yang bagus atau ceria, hasil yang didapatkan bisa menjadi tidak depresi. Kondisi tersebut bisa mempengaruhi hasil penelitian ini.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan tentang hubungan antara tingkat depresi dan gangguan tidur (*Insomnia*) pada lansia di panti jompo Kota Malang dapat disimpulkan bahwa, terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur. Lansia yang mengalami depresi juga mengalami gangguan tidur, dan sebaliknya lansia yang tidak mengalami depresi juga tidak mengalami gangguan tidur.

7.2 Saran

Berdasarkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat diajukan beberapa saran yang diharapkan bisa menjadi pertimbangan untuk pihak-pihak yang berkepentingan:

1. Bagi penelitian lebih lanjut

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan bahan pertimbangan untuk peneliti selanjutnya terutama untuk penelitian kualitatif dengan mendalami perasaan yang dialami oleh para lansia di Panti jompo guna untuk menghasilkan kesimpulan yang lebih akurat sehingga lebih bermanfaat.

1. Bagi institusi Panti Jompo

Perlu dilakukan pelatihan dan pengetahuan lebih untuk mengenali dan mengatasi masalah-masalah pada lansia agar dapat memberikan pengetahuan kepada para anggota lansia akan pentingnya perawatan kesehatan fisik dan psikis, khususnya pada penderita depresi dan insomnia di Panti Jompo Al- Ishlah dan Griya Kasih Siloam, Kota Malang.

2. Bagi Program Studi Kedokteran

Diharapkan dapat memberikan metode-metode baru dalam pelaksanaan perawatan pasien geriatri yang berorientasi pada kesehatan dan lebih berperan aktif dalam meningkatkan promosi dan sosialisasi kesehatan bagi lansia secara langsung ke panti jompo dalam upaya membantu meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan para lansia.

3. Bagi lansia di panti jompo Al-Ishlah dan Griya Kasih Siloam

Diharapkan para lansia melakukan aktivitas fisik rutin, kegiatan rohani, menjaga pola tidur, dan pola makan yang baik sehingga dapat mengurangi faktor resiko terjadinya depresi dan insomnia.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus, S. (2011). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Depresi Pada Lansia Di Posyandu Lansia Rimbo Kaduduk Wilayah Kerja Puskesmas Sintuk Padang Pariaman Penelitian Keperawatan Gerontik*. Padang: Universitas Andalas.
- Akhtar-danesh, N., & Landeen, J. (2007). *Relation between depression and sociodemographic factors*. *International Journal of Mental*, 9, 1–9. <http://doi.org/10.1186/1752-4458-1-4>
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. (2012). *Asia Belajar Memberdayakan Lansia*. Diakses pada tanggal 22 September 2018 dari <http://www.bkkbn.go.id/ViewSiaranPers.aspx?SiaranPersID=15>
- Badan Pusat Statistik Jakarta Pusat.(2009). *Pedoman Pendataan Survei Penduduk Antar Sensus 2009*. Jakarta Pusat : Badan Pusat Statistik.
- Badan Pusat Statistik. (2010). *Penduduk Indonesia*. Diakses pada tanggal 17 November 2017 dari <http://www.bps.go.id>.
- Damping and Charles E. (2003). *Depresi pada Geriatri: Apa Kekhususannya*. Dalam: Supartonodo, Setiati S, dan Soejono CH, *Penatalaksanaan Pasien Geriatri dengan Pendekatan Interdisiplin*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.hlm.107-112.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). *Depresi Pada Usia Lanjut*. Jakarta: Puskesmas Direktorat Pelayanan Medik.
- Fahmi, S. A. (2015). *Tingkat Kecemasan Dan Depresi Pada Penderita Geographic Tongue (Studi Epidemiologi Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Jember*. Jawa Timur: Universitas Jember.
- Ilham, M. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Lanjut Usia Di Desa Pabelan Kecamatan Kartasura Kabupaten Sukoharjo*. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Jacoby R, Oppenheim C and Tom. (2008). *Oxford textbook of old age psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Juwita, R. (2013). *Hubungan Keluarga Dengan Depresi Pada Lansia Di UPTD Rumah Sejahtera Geunaseh Sayang Ulee Kareng Bandah Aceh Tahun 2013*. Banda Aceh: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan U'Budiyah.
- Khan M.T *et al.*(2010) Community Knowledge, Attitudes and Beliefs Toward depression in State Of Penang, Malaysia. *Community Mental Health Journal*. (46):87-92.

- Kurniasari, ND. (2014). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Depresi pada Lansia di Dusun Kalimantan, Abarketawang, Gamping, Sleman, Yogyakarta*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Kristyaningsih, D. (2012). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Desa Langsar Kecamatan Saronggi Kabupaten Sumenep Tahun 2011*. Jurnal Keperawatan. 1(1):1-7.
- Maramis, W. F., & Maramis, A. A. (2009). *Psikiatri Geriatri Ilmu Kedokteran Jiwa Edisi 2*. Jakarta: Balai Penerbit FK UI.hlm.575-582.
- Maslim R.. (2002). *Gejala Depresi, Diagnosa Gangguan Jiwa Rujukan Ringkas Dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya.hlm.58-65.
- Notoatmodjo S. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.hlm.91.
- Putri, A. (2013). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Depresi Pada Lansia Di Wilayah Puskesmas Kedaton Bandar Lampung*. Bandar Lampung: Universitas Lampung.
- Soejono, C. H., Probosuseno, & Sari, N. K. (2009). *Depresi Pada Pasien Usia Lanjut*. Dalam: Sudoyo AW, Setiyohadi B, Alwi I, Simadibrata M, dan Setiati S, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam edisi V*. Jakarta: Pusat Penerbitan Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.hlm.1335-1340.
- Soejono. (2000). *Pedoman Pengelolaan Kesehatan Pasien Geriatric untuk Dokter dan Perawat*. Jakarta: FK UI.hlm.60-76.
- Sugiyono. (2008). *Metode penelitian pendidikan: pendekatan kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Jogjakarta: Alfabeta.
- Siregar, MH. (2011). *Mengenal Sebab – Sebab, Akibat – Akibat dan Cara Terapi Insomnia*. Yogyakarta: Flash Books.
- Ardani, (2013). *Faktor-Faktor yang mempengaruhi gangguan tidur (Insomnia) pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Wana Seraya Denpasar Bali*.
- Ardiansyah, (2013). *Penderita Insomnia Tergolong Cukup Besar*. Biro Pusat Statistik.
- Sofiana, (2013). *Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Insomnia Pada Lansia di Panti Werdha Harapan Ibu Ngalan Semarang*.
- Sudaryanto, (2014). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya insomnia pada lanjut usia di Desa Gayam Kecamatan Sukoharjo Kabupaten Sukoharjo*.

Suhartini, (2010). *Pola Tidur Lanjut Usia*, Yogyakarta : Nusa Medika.

Wulandari, (2011). *Cara Jitu Mengatasi Insomnia*, Yogyakarta : Andi.

Kane & Ouslander (1999). *Essentials of Clinical Geriatrics. 4th ed. New York: McGraw-Hill, Health Professions Division.*

Sugiyono. 2016. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta

LAMPIRAN

Lampiran 1. Pengujian Instrumen Penelitian

Variabel Tingkat Depresi

Pengujian Validitas

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	6,2667	15,237	,528	,849
P2	5,9000	16,024	,386	,856
P3	5,9667	15,964	,365	,857
P4	6,1333	15,775	,374	,857
P5	6,3000	15,459	,478	,852
P6	6,2667	15,582	,435	,854
P7	6,4333	15,633	,506	,850
P8	6,3667	15,275	,562	,847
P9	6,2000	14,924	,602	,845
P10	6,0667	15,720	,398	,856
P11	6,3667	15,275	,562	,847
P12	6,2000	14,924	,602	,845
P13	6,4333	15,426	,571	,847
P14	6,2333	15,013	,582	,846
P15	6,2000	15,269	,508	,850

Pengujian Reliabilitas

Reliability Statistics

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,699
		N of Items	8 ^a
	Part 2	Value	,775
		N of Items	7 ^b
	Total N of Items		15
Correlation Between Forms			,822
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,902
	Unequal Length		,903
Guttman Split-Half Coefficient			,902

a. The items are: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8.

b. The items are: P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15.

Variabel Gangguan Tidur

Pengujian Validitas

Correlations

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
P1 Pearson Correlation	1	,231	,428*	,550**	,360	,746**	,441*	,275	,714**
Sig. (2-tailed)		,220	,018	,002	,051	,000	,015	,142	,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P2 Pearson Correlation	,231	1	,364*	,064	,477**	,291	,325	,217	,499**
Sig. (2-tailed)	,220		,048	,735	,008	,119	,080	,250	,005
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P3 Pearson Correlation	,428*	,364*	1	,419*	,623**	,673**	,692**	,239	,773**
Sig. (2-tailed)	,018	,048		,021	,000	,000	,000	,204	,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P4 Pearson Correlation	,550**	,064	,419*	1	,335	,743**	,608**	,273	,710**
Sig. (2-tailed)	,002	,735	,021		,070	,000	,000	,145	,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P5 Pearson Correlation	,360	,477**	,623**	,335	1	,557**	,753**	,472**	,782**
Sig. (2-tailed)	,051	,008	,000	,070		,001	,000	,008	,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P6 Pearson Correlation	,746**	,291	,673**	,743**	,557**	1	,728**	,323	,890**
Sig. (2-tailed)	,000	,119	,000	,000	,001		,000	,082	,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P7 Pearson Correlation	,441*	,325	,692**	,608**	,753**	,728**	1	,400*	,861**
Sig. (2-tailed)	,015	,080	,000	,000	,000	,000		,028	,000
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
P8 Pearson Correlation	,275	,217	,239	,273	,472**	,323	,400*	1	,528**
Sig. (2-tailed)	,142	,250	,204	,145	,008	,082	,028		,003
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
TOTAL Pearson Correlation	,714**	,499**	,773**	,710**	,782**	,890**	,861**	,528**	1
Sig. (2-tailed)	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,003	
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Pengujian Reliabilitas

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,870	8

Lampiran 2. Analisis Tabulasi Silang

Usia * tingkat depresi Crosstabulation

Count

		tingkat depresi			Total
		tidak ada depresi	depresi ringan	depresi berat	
Usia	60 - 70	9	5	12	26
	71 - 80	6	6	2	14
	81- 90	1	1	1	3
	91 - 100	1	0	0	1
Total		17	12	15	44

Usia * gangguan tidur Crosstabulation

Count

		gangguan tidur		Total
		tidak ada insomnia	insomnia	
Usia	60 - 70	14	12	26
	71 - 80	11	3	14
	81- 90	3	0	3
	91 - 100	1	0	1
Total		29	15	44

tingkat depresi * gangguan tidur Crosstabulation

Count

		gangguan tidur		Total
		tidak ada insomnia	insomnia	
tingkat depresi	tidak ada depresi	15	2	17
	depresi ringan	7	5	12
	depresi berat	7	8	15
Total		29	15	44

Lampiran 3. Analisis Chi Square

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)
Pearson Chi-Square	6,550 ^a	2	,038
Likelihood Ratio	7,121	2	,028
Linear-by-Linear Association	6,086	1	,014
N of Valid Cases	44		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,09.

Lampiran 4

Hasil Penelitian Tingkat Depresi dan insomnia di Panti Jompo Griya Kasih Siloam Kota Malang

Depresi

KODE RESPONDEN	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	TOTAL
1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	8
2	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	6
3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
4	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	10
5	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	6
6	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	5
7	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	11
11	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	8
12	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
15	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
16	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	7
17	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
18	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
21	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3
22	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	4
24	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4
25	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	11
26	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	7

Insomnia

KODE RESPONDEN	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	TOTAL
1	3	2	2	1	1	1	1	0	11
2	1	1	1	0	0	0	0	0	3
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	3	2	1	2	1	1	0	10
5	2	2	1	1	1	1	0	0	8
6	1	0	0	0	1	0	0	0	2
7	0	1	1	1	0	0	0	0	3
8	0	2	1	0	2	0	1	3	9
9	1	1	1	1	1	1	0	0	6
10	2	2	2	3	2	3	3	2	19
11	0	1	3	2	2	2	3	1	14
12	0	1	1	1	1	1	1	0	6
13	3	0	3	3	2	3	3	0	17
14	0	0	0	1	0	0	1	0	2
15	0	0	1	0	0	0	0	0	1
16	0	1	2	0	0	0	0	0	3
17	0	1	2	0	0	0	0	0	3
18	0	1	2	0	2	0	2	0	7
19	0	0	1	1	0	0	0	1	3
20	0	0	0	1	0	0	0	0	1
21	0	1	2	0	2	0	1	0	6
22	0	0	2	0	0	0	0	0	2
23	3	2	3	3	2	2	3	1	14
24	1	1	1	0	0	1	0	0	3
25	3	0	2	2	2	2	1	2	14
26	1	1	0	0	1	0	1	1	5

Lampiran 6

Lembar Kuisioner GDS (Geriatric Depression Scale)

NAMA :

USIA :

JENIS KELAMIN : Laki-laki / Perempuan

LEMBAR KUESIONER GERIATRI DEPRESION SCALE (GDS)YESAVAGE, 1982

Dibawah ini terdapat pertanyaan, berilah tanda centang (✓) yang sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu rasakan selama 1 (satu) minggu terakhir.

No.	Keadaan yang dialami selama seminggu	NILAI RESPON	
		YA	TIDAK
1.	Apakah Bapak/ibu sebenarnya puas dengan kehidupan Bapak/ibu ?	0	1
2.	Apakah Bapak/ibu telah banyak meninggalkan kegiatan dan hobi Bapak/ibu ?	1	0
3.	Apakah Bapak/ibu merasa kehidupan Bapak/ibu kosong ?	1	0
4.	Apakah Bapak/ibu sering merasa bosan ?	1	0
5.	Apakah Bapak/ibu masih memiliki semangat hidup ?	0	1
6.	Apakah Bapak/ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada Bapak/ibu?	1	0
7.	Apakah Bapak/ibu merasa bahagia untuk sebagian besar hidup Bapak/ibu ?	0	1
8.	Apakah Bapak/ibu sering merasa tidak berdaya ?	1	0
9.	Apakah Bapak/ibu lebih suka tinggal di rumah, daripada pergi keluar untuk mengerjakan sesuatu yang baru ?	1	0
10.	Apakah anda merasa mempunyai banyak masalah dengan daya ingat Bapak/ibu dibandingkan orang lain ?	1	0
11.	Apakah Bapak/ibu pikir bahwa hidup Bapak/ibu sekarang menyenangkan ?	0	1
12.	Apakah Bapak/ibu merasa tidak berharga ?	1	0
13.	Apakah Bapak/ibu merasa penuh semangat ?	0	1
14.	Apakah Bapak/ibu merasa keadaan Bapak/ibu tidak ada harapan ?	1	0
15.	Apakah Bapak/ibu merasa bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada Bapak/ibu ?	1	0
SKOR			

TOTAL SKOR: ____ /15

Lampiran 7

Lembar Kuisioner IRS (Insomnia Rating Scale)

Nama :

Usia :

Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan

LEMBAR KUESIONER INSOMNIA RATING SCALE (IRS)

KSBPJ, 2009

Dibawah ini terdapat pertanyaan berilah **Tanda Silang (X)** yang sesuai dengan jawaban Bapak/Ibu pada satu kotak pilihan untuk setiap nomer pertanyaan.

1. **Lamanya tidur. Berapa jam Bapak/ Ibu tidur dalam sehari?**
 - 0 = Lebih dari 6,5 jam
 - 1 = antara 5 jam 30 min – 6 jam 29 min
 - 2 = antara 4 jam 30 min – 5 jam 29 min
 - 3 = Kurang dari 4 jam 30 min
2. **Mimpi- mimpi**
 - 0 = Tidak bermimpi
 - 1 = Kadang- kadang terdapat mimpi (mimpi yang menyenangkan)
 - 2 = Selalu bermimpi (mimpi yang mengganggu)
 - 3 = Mimpi buruk
3. **Kualitas dari tidur**
 - 0 = Tidur dalam, sulit dibangunkan
 - 1 = Tidur sedang, tetapi sulit terbangun
 - 2 = Tidur sedang, tetapi mudah terbangun
 - 3 = Tidur dangkal dan mudah terbangun
4. **Masuk tidur**
 - 0 = Kurang dari 15 min
 - 1 = Antara 15 – 29 min
 - 2 = Antara 30 – 60 min
 - 3 = Lebih dari 60 min
5. **Bangun malam hari . berapa kali Bapak/ Ibu terbangun semalam?**
 - 0 = Tidak terbangun
 - 1 = Terbangun 1 – 2 kali
 - 2 = Terbangun 3 – 4 kali
 - 3 = Lebih dari 4 kali

6. Waktu untuk tidur kembali setelah Bapak/Ibu terbangun malam hari

0 = Kurang dari 15 min

1 = Antara 15- 29 min

2 = Antara 30 – 60 min

3 = Lebih dari 60min

7. Bangun dini hari. Pagi hari apakah Bapak/ Ibu terbangun?

0 = Tidak terdapat bangun dini hari/ bangun pada saat terbiasa bangun

1 = Setengah jam bangun lebih awal dan tidak dapat tidur lagi

2 = Satu jam bangun lebih awal dan tidak dapat tidur lagi

3 = Lebih dari satu jam bangun lebih awal dan tidak dapat tidur lagi

8. Perasaan segar waktu bangun

0 = Perasaan segar

1 = Tidak begitu segar

2 = Perasaan tidak segar

3 = Sangat tidak segar

Lampiran 8**PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN**

1. Saya adalah Rizky Herna Putra, Jurusan Pendidikan Dokter 2015 dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Gangguan Tidur (insomnia) Pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang.
2. Tujuan penelitian ini adalah, untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur (insomnia) pada lansia yang dapat memberikan manfaat berupa deteksi awal apakah termasuk ke dalam kriteria dan insomnia atau tidak. Dan dapat memberikan manfaat mengatasi masalah depresi dan insomnia yang berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup kepada Bapak/ibu.
3. Prosedur pengambilan sampel adalah dengan mengisi kuisioner, cara ini mungkin menyebabkan rasa kaget apabila termasuk ke dalam kriteria depresi dan insomnia. Tetapi Bapak.ibu tidak perlu khawatir karena masalah tersebut bisa diatasi dengan pengaturan jam tidur yang sehat dan peningkatan kualitas hidup.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu peroleh dengan keikutsertaan adalah berkesempatan untuk melakukan penilaian diri terhadap depresi dan insomnia. Ketidaknyamanan/ resiko yang mungkin muncul yaitu Bapak/ibu perlu meluangkan waktu selama 5-10 menit untuk mengisi kuisioner.
5. Seandainya Bapak/ibu tidak menyetujui cara ini maka anda dapat memilih cara lain atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali.
6. Nama dan jati diri Bapak/ibu akan tetap dirahasiakan.
7. Dalam penelitian ini Bapak/ibu akan mendapatkan kompensasi berupa botol air minum plastik 250ml dan buah-buahan untuk masing-masing panti jompo.

Peneliti

**Pernyataan Persetujuan untuk
Berpartisipasi dalam Penelitian**

Saya yang bertandatangan dibawah ini meyakini bahwa :

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia untuk ikut serta menjadi salah satu subyek penelitian yang berjudul:
Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Gangguan Tidur (Insomnia) Pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang

Malang, ,

Peneliti

Yang membuat pernyataan

(Rizky Herna Putra)

(.....)

NIM. 155070107111001

Saksi I

Saksi II

(.....)

(.....)

Lampiran 9

Kelaikan Etik



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 168; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://www.fk.ub.ac.id> e-mail : kep.fk@ub.ac.id

**KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")**

No. 342 / EC / KEPK – S1 – PD / 12 / 2018

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA,
SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN,
DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : Hubungan antara Tingkat Depresi dengan Gangguan Tidur (*Insomnia*)
pada Lansia di Panti Jompo Kota Malang.

PENELITI : Rizky Herna Putra

UNIT / LEMBAGA : S1 Pendidikan Dokter – Fakultas Kedokteran – Universitas Brawijaya
Malang.

TEMPAT PENELITIAN : Panti Jompo Kota Malang

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang, 12 Desember 2018
Ketua

Prof. Dr. dr. Moch. Istiadjid ES, SpS, SpBS(K), SH, M.Hum, Dr(Hk)
NIPK. 20180246051611001

Catatan :

Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan
Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy.
Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik
Penelitian (Amandemen Protokol).

Lampiran 10 Surat Melakukan Penelitian di Instansi Griya Kasih Siloam dan Al-Islah



Griya Kasih
Siloam

- Panti Jompo
- Tunanetra / Cacat
- Rumah & Gua Doa
- Rumah Penampungan
- Gedung Serba Guna
- Rumah Retret
- Pijat Tunanetra

JLN. BENDUNGAN SIGURA-GURA BARAT NO. 17 TELP. (0341) 553005 ; 085.105.755.505 ; 085.1000.17071. MALANG, 65146
JATIM - INDONESIA, Email : yani_lim@yahoo.com

Malang, 24 Oktober 2018

Nomor : 061 / PJ-SLM / x / 2018
Lampiran : -
Perihal : **Penelitian Dan Pengambilan Data Karya Tulis Ilmiah / Tugas Akhir**

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Kedokteran
Universitas Brawijaya
U.b.: Bpk.Dr.dr. Wisnu Barlianto, Msi.MED, Sp.A(K)
Jalan Veteran
Malang-65145

Dengan hormat,

Kami dari Panti Jompo Griya Kasih "Siloam" –Malang, menerangkan bahwa :

Nama Mahasiswa	: RIZKY HERNA PUTRA
N I M	: 155070107111001
Semester	: VII
Program Studi	: Sarjana Kedokteran
Judul	: "Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Gangguan Tidur (Insomnia) Pada Lanjut Usia Di Panti Jompo Kota Malang"

Untuk melakukan penelitian dan pengambilan data yang diperlukan di tempat kami.

Demikianlah surat keterangan ini kami sampaikan agar menjadikan maklum adanya.

Hormat Kami,

Ttd,

Paulina Insriati

Koord. Perawat



YAYASAN "AL-ISHLAH" MALANG
 Terdaftar : KANWIL DEPSOS Jawa Timur
 Nomor : 460/785/110.009/STP/ORS/2008
 Rekening Bank Mandiri Cabang Malang No 144-00-9801119-7

ASRAMA PUTRA, JL. LAKSDA ADI SUCIPTO 22/49 PHONE (0341) 411072 Malang 65124
ASRAMA PUTRI, JL. TELUK GRAJAKAN NO. 6 PHONE (0341) 473646 Malang 65124
PONDOK LANSIA, JL. LAKSDA ADI SUCIPTO 22A/30 PHONE (0341) 9925600 Malang 65124

Nomor : 002/19.10/PLAI/2018
 Hal : Surat Balasan

19 Oktober 2018

Yth : Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Kedokteran
 Universitas Brawijaya Malang

Sehubungan dengan pelayanan pendidikan dan penelitian mahasiswa perguruan tinggi, kami selaku pimpinan pondok lansia al-ishlah malang memberikan ijin untuk melaksanakan penelitian dan pengambilan data yang akan dilaksanakan oleh mahasiswa/i dibawah ini:

No	Nama	Nim	Institusi	Program studi	Judul Penelitian
1	Rizky Herna Putra	155070107111001	Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang	Sarjana kedokteran	Hubungan antara tingkat depresi dengan gangguan tidur (insomnia) pada lanjut usia di panti jompo kota malang

Demikian surat keterangan ini kami buat dengan sebenarnya, atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

CI/Pembimbing lahan

Zakariya Yahya Amd.Kep

a.n. Kepala Yayasan

Pondok Lansia Al-Ishlah,



Nursiyanto

Lampiran 11

Pelaksanaan Penelitian di Griya Kasih Siloam dan Al-Islah



Pelaksanaan penelitian di Panti Jompo Al-Islah

